



**ESCUELA SUPERIOR
POLITECNICA DEL CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

“MIGRACIÓN INTERNA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LOS ESCOLARES
DE LA UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE
TRÁNSITO AMAGUAÑA DE LA CIUDAD DE QUITO 2012”

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:
NUTRICIONISTA - DIETISTA**

LOURDES VIVIANA LÓPEZ QUEZADA

RIOBAMBA - ECUADOR

2013

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y autorizada su presentación.

Dr. Patricio Ramos
Director

CERTIFICADO

El tribunal de Tesis certifica que: el presenta trabajo de investigación titulado “MIGRACIÓN INTERNA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y Hábitos Alimenticios en los Escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Tránsito Amaguaña de la Ciudad de Quito 2012”; de responsabilidad de Lourdes Viviana López Quezada ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Dr. Patricio Ramos
Director

Dra. Valeria Carpio
Miembro

Riobamba, 20 de marzo del 2012

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO, a la Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética, que me acogió en sus aulas y por darme dado la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi Director de tesis, Dr. Patricio Ramos por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia en su profesión , además su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

De igual manera agradecer a mi miembro de tesis Dra. Valeria Carpio por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que me han ayuda en la formación de mi profesión.

A todos mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y que con sus conocimientos hicieron posible la elaboración de mi tesis; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, por el apoyo en su momento.

A la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “Transito Amaguaña” de la Ciudad de Quito, a su Directora Irma Gómez, sus maestros y alumnos, por brindarme total apertura para realizar mi proyecto de investigación.

A la Fundación Tierra Nueva que a través del Sistema de Protección Social me brindaron la oportunidad y me apoyaron en la realización de mi trabajo de investigación.

Lourdes

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hermana Elena por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí de sus aciertos en los momentos difíciles, a mi hermano Alexis por haberme permitido acompañarlo en su crecimiento.

A mi familia porque con cada una de sus valiosas aportaciones hicieron posible este gran pasó en mi vida.

A mi segunda familia (Carmita, Héctor, Hugo, Santy) que me abrió las puertas de sus hogar y corazón permitiendo seguir con este sueño tan anhelado.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría dedicarles este gran logro su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Lourdes

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Páginas
I. INTRODUCCION	1 – 4
II. OBJETIVOS	5 – 6
A. General	
B. Específicos	
III. MARCO TEÓRICO	7 – 32
A. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ESCOLAR	7
1. DEFINICIÓN DE LA EDAD ESCOLAR	7 – 9
2. HABITOS ALIMENTARIOS	9 - 12
3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN	12 – 13
4. NECESIDADES NUTRICIONALES	13 – 15
a. Proteínas	14
b. Hidratos de carbono	14
c. La fibra dietética	14
d. Grasas	14
e. Agua	15
f. Minerales	15
g. Vitaminas	15
5. IMPORTANCIA DEL DESAYUNO	16
6. LA COLACIÓN O LONCHERA	17 - 18
7. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA EDAD ESCOLAR	18 - 19
B. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	20
C. NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA EDAD ESCOLAR ANEMIA	21
1. Síntomas	22
2. Causas	22 - 23
D. PARASITOSIS EN LA EDAD ESCOLAR	23 - 25
1. Cómo se contagian	24
2. Síntomas	24 - 25
E. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	
1. ENFERMEDADES DIARREICAS	
a. Definición diarrea	26
b. Importancia en la problemática de salud	27
c. Causas	27
d. Prevenir	27
2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
a. Definición	29
b. Causas	29
c. Importancia en la problemática de salud	29
d. Prevención	29
e. Recomendaciones	30

F. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y MIGRACIÓN	31 – 32
IV. METODOLOGIA	33 - 46
A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION	33
B. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	33
C. VARIABLES	33 - 41
1. Identificación	33
2. Definición	34 - 36
3. Operacionalización	36 - 41
D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO	42
1. Población participante	
E. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	42 – 46
1. Procedimientos recolección de datos	
a. Acercamiento	42
b. Características socioeconómicas y demográficas	42
c. Estado nutricional	43 - 45
d. Consumo alimentario	45 - 46
2. Procedimiento de la información	
V. RESULTADOS	47 - 112
VI. CONCLUSIONES	113 - 115
VII. RECOMENDACIONES	116 - 117
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIA	118 - 121
IX. ANEXOS	122 - 126

INDICE DE GRAFICOS

Contenido	Páginas
GRAFICO N°1: Distribución de la población según nivel de escolaridad	47 - 48
GRAFICO N°2: Distribución de la población según edad	49
GRAFICO N°3: Distribución de la población según sexo	50
GRAFICO N°4: Distribución de la población según su provincia de procedencia	51
GRAFICO N°5: Distribución de la población según años de migración	52
GRAFICO N°6: Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre	53
GRAFICO N°7: Distribución de la población según nivel socioeconómico	54
GRAFICO N°8: Distribución de la población según su peso (KILOS)	55
GRAFICO N°9: Distribución de la población según su talla (METROS)	56
GRAFICO N°10: Distribución de la población según IMC//EDAD (Puntaje Z)	57
GRAFICO N°11: Distribución de la población según TALLA//EDAD	58
GRAFICO N°12: Distribución de la población según presencia de anemia	59
GRAFICO N°13: Distribución de la población según parasitosis	60
GRAFICO N°14: Distribución de la población según presencia de enfermedades diarreicas	61
GRAFICO N°15: Distribución de la población según presencia de enfermedades respiratorias	62
GRAFICO N°16: Distribución de la población según cambios en la alimentación	63

GRAFICO N°17: Distribución de la población según consumo de energía	64
GRAFICO N°18: Distribución de la población según consume de proteínas	65
GRAFICO N°19: Distribución de la población según consumo de grasa	66
GRAFICO N°20: Distribución de la población según consumo de Carbohidratos	67
GRAFICO N°21: Distribución de la población según consumo de Hierro	68
GRAFICON°22: Distribución de la población según frecuencia de consumo	69
GRAFICO N°23: Estado nutricional (IMC//EDAD) según edad	70
GRAFICO N°24: Estado Nutricional IMC//EDAD según sexo	71
GRAFICO N°25: Estado nutricional IMC//EDAD según nivel de instrucción de la madre	72
GRAFICO N°26: Estado nutricional IMC//EDAD según provincia de procedencia	73
GRAFICO N°27: Estado nutricional IMC// EDAD según años de migración	74
GRAFICO N°28: Estado Nutricional IMC//EDAD según cambio en la alimentación	75
GRAFICO N°29: Consumo de energía según años de migración	77
GRAFICO N°30: Consumo de energía según lugar de procedencia	78
GRAFICO N°31: Consumo de energía según cambio en la alimentación	79

GRAFICO N°32: Consumo de proteínas según años de migración	81
GRAFICO N° 33: Consumo de proteínas según provincia de procedencia	82
GRAFICO N°34: Consumo de proteínas según cambio en la alimentación	83
GRAFICO N°35: Consumo de grasa según años de migración	84
GRAFICO N°36: Consumo de grasas según provincia de procedencia	86
GRAFICO N°37: Consumo de grasas según cambio en la alimentación	87
GRAFICO N°38: Consumo de carbohidratos según años de migración	89
GRAFICO N°39: Consumo de carbohidratos según provincia de procedencia	90
GRAFICO N°40: Consumo de carbohidratos según cambio en la alimentación	92
GRAFICO N°41: Consumo de hierro según años de migración	94
GRAFICO N°42: Consumo de hierro según provincia de procedencia	95
GRAFICO N°43: Consumo de hierro según cambio en la alimentación	97
GRAFICO N°44: Frecuencia de consumo de lácteos según años de migración	98
GRAFICO N°45: Frecuencia de consumo de lácteos según cambio en la alimentación	99
GRAFICO N°46: Frecuencia de consumo de carnes según años de migración	

GRAFICO N°47: Frecuencia de consumo de carnes según cambio en la alimentación 102

GRAFICO N°48: Frecuencia de consumo de grasas según años de migración 104

GRAFICO N° 49: Frecuencia de consumo de grasas según cambio en la alimentación 105

GRAFICO N°51: Frecuencia de consumo de cereales según años de migración 106

GRAFICO N°51: Frecuencia de consumo de cereales según cambio en la alimentación 107

GRAFICO N°52: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas según años de migración 108

GRAFICO N°53: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas según cambio en la alimentación 109

GRAFICO N°54: Frecuencia de consumo de comidas rápidas según años de migración 111

GRAFICO N°55: Frecuencia de consumo de comidas rápidas según cambio en la alimentación 112

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar la relación migración interna con el estado nutricional y hábitos alimentarios en los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe "TRÁNSITO AMAGUÑA" de la ciudad de Quito; el Estudio es de diseño no experimenta, tipo transversal mediante una entrevista a 147 niños para evaluar el estado nutricional y hábitos alimentarios. Los datos se tabularon mediante el programa canasta y JMP 5.1 las características generales de los niños se encontró que el 55.78% son del sexo femenino y el 44.21% son del sexo masculino, la edad promedio es de 9. 1 años, al determinar provincia de procedencia el 56.46% de Cotopaxi, 38.09% de Chimborazo, y 5.44% de Bolívar, Pichincha y Pastaza, al evaluar IMC//EDAD el 87,75% Normal, 9,52% sobrepeso, 2.04% delgadez severa y 0.68% obesidad, al relacionar consumo de calorías con provincia de procedencia en Bolívar el consumo promedio es 1730, Chimborazo el consumo promedio de 2073, Cotopaxi el consumo promedio de 2219.54, Pichincha el consumo promedio de 2593, Pastaza el consumo de calorías promedio de 2639, existiendo relación, al relacionar consumo de grasas con provincia de procedencia en Bolívar el consumo promedio de 50.57gr, Chimborazo el consumo promedio de 62.11gr, Cotopaxi el consumo promedio de 65.97gr, Pichincha el consumo promedio de 70.85gr, Pastaza el consumo promedio de 71.27gr, existiendo relación en conclusión se acepta la hipótesis debido a que se encontró relaciones estadísticamente significativas entre migración interna, estado nutricional y frecuencia de consumo.

SUMMARY

The objective of the research is to determine the relationship of internal migration with the nutritional status and food habits in schoolchildren of the educational Intercultural Bilingual “TRÁNSITO AMAGUAÑA” unit of the city of Quito, the study is a non – experimental design, cross – type through the application of an interview with 147 children to assess nutritional status and dietary habits.

Data were tabulated through the basket and JMP 5.1, on the characteristics of children, it was that the 55.78% are female and 44.21% are male, the average age is 9.1 years old, determining the origin province 56.46% from Cotopaxi, Chimborazo 38.09% and 5.44% of Bolivar, Pastaza and Pichincha to the BMI/age, to evaluate as normal 87.75%, overweight 9,52%, severe thinness 2.04% and 0.68% obesity. By linking consumption of calories by origin province, in Bolivar, the average consumption is 1730, 2073 Chimborazo, Cotopaxi 2219,54, Pichincha 2593, Pastaza 2639, there is a consumption relationship of fast in Bolivar 50.57gr, Chimborazo 62.11gr, Cotopaxi 65.97gr, Pichincha 70.85gr, Pastaza 71.27gr,. In conclusion it is accepted the hypothesis because that was found statistically significant relationship between internal migration, nutritional status and frequency of consumption.

I. INTRODUCCION

La migración tiene repercusiones diversas en las familias, las comunidades y los países expulsores. Los principales efectos en el caso de las comunidades de origen a parecen en los ingresos, el consumo, la educación y la salud así como en otros procesos culturales y sociales más amplios.⁽¹⁾

"La expulsión del campo a la ciudad se produce porque en esos sectores, la pobreza es casi absoluta. El 80% de la población está por debajo de la línea de pobreza", aseguró Mario Unda. Esto se produciría por la escasa capacidad económica de los sectores campesinos para invertir en las actividades agrícolas y convertirlas en rentables para sus familias.⁽²⁾

La realidad socio económico de los países andinos, en especial de los países como Ecuador, Perú y Bolivia ha motivado que muchos de los pobladores nuestros salgan a las grandes ciudades dentro de cada país, como también fuera de ellas; las causas que motivan para la consolidación de este fenómeno son varias "existen tres grandes causas a.- Causas socioeconómicas, todo lo relacionado con la situación laboral, los salarios, la falta del trabajo en relación al país de origen, y las expectativas construidas sobre los países de destino; b.-Causas políticas, que tienen directa relación con la inestabilidad o estabilidad de los países tanto de origen como de los países de destino y, c.- Causas culturales, que está relacionado con los mitos que se construyen de los países de destino,

como también de todo la concepción que se ha construido alrededor de los países de origen, pudiendo ser vistos positiva o negativamente.⁽³⁾

Entre la pobreza que existe en el campo y las condiciones duras que van a encontrar en las ciudades, la gente del campo prefiere la segunda opción, porque creen tener una posibilidad adicional: sobrevivir con la venta de caramelos, chicles, etc. en los buses, lo que de alguna manera les permite tener un ingreso", puntualizó el sociólogo. La tendencia de la población campesina a buscar las ciudades se revelaría en el crecimiento que han experimentado los centros urbanos en los últimos 50 años. Guayaquil es la ciudad que más ha crecido, seguida de Quito y Cuenca.⁽⁴⁾

Los efectos y las causas que tienen que ver en lo relacionado con la afectividad, los cambios que suceden con la organización social y familiar, cambios en el sistema de alimentación, vestidos, sus formas de comportarse, las preferencias musicales; etc; estos cambios que naturalmente significan mucho para las culturas indígenas en los Andes, que a veces trae consigo cambios radicales.⁽⁵⁾

Los cambios en los hábitos de consumo están afectando a todo el planeta. Urbanización en los modos de vida, modificaciones en los ritmos de trabajo, incorporación de las mujeres a la vida laboral, nuevos modelos alimentarios, población inmigrante, etc. Se trata de cambios sociológicos que, asociados a la transformación de los sistemas de distribución y comercialización, comportan una verdadera revolución en las formas de relación entre los agentes de la cadena agroalimentaria.⁽²⁾

Se desconoce cuáles son los hábitos alimentarios de los escolares en estudios y si estos están relacionados directamente por ser hijos de padres migrantes y su repercusión en el Estado Nutricional. ⁽⁵⁾

Según un informe de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Quito, cerca del 20% de niños y niñas tiene baja talla y peso respecto a su edad, lo que indica falencias en el aspecto nutricional. Un estudio de la administración centro en los establecimientos educativos de su jurisdicción determinó que el 70% de los niños y niñas no desayunan.⁽⁶⁾

En el 2010 la Fundación Tierra Nueva con brigadas de salud, realizan un estudio con niños y niñas en edad escolar de la zona sur de Quito, donde los resultados describen 3 de cada 10 niños presenta desnutrición y 2 de cada 10 niños peso y talla bajos para la edad aproximadamente, reflejan que un 85% de este grupo presenta problemas nutricionales muy marcados, que están relacionados con los malos hábitos alimentarios, por la cual se ve en la necesidad de generar un diagnostico más profundo con esta población, por lo que al conversar con las autoridades de este plantel educativo

Razón por la cual que este estudio se basado en la valoración del estado nutricional y hábitos alimenticios de los y las niñas en edad escolar ya que un inadecuado estado nutricional provocan alteraciones y pérdidas significativas en el desarrollo de los y las niñas en edad escolar, pudiendo quedar en ellos secuelas intelectuales y físicas de importancia.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la relación migración interna con el estado nutricional y hábitos alimentarios en los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” de la ciudad de Quito. Octubre 2012

B. ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas y nivel socioeconómico de los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” de la ciudad de Quito.
- Valorar el estado nutricional en los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” de la ciudad de Quito, mediante datos antropométricos (Peso, Talla, IMC//EDAD, talla//edad) y bioquímicos (Hemoglobina).
- Determinar el estado de salud mediante parasitosis y enfermedades prevalentes de la Infancia (IRAS, EDAS) de los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” de la ciudad de Quito
- Determinar los hábitos alimentarios de mayor prevalencia de los escolares de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” de la ciudad de Quito.

III. MARCO TEÓRICO

A. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ESCOLAR

Una alimentación variada es esencial para el crecimiento y el desarrollo normal del niño entre 6 y 12 años. En esta etapa el niño ya puede

participar en la elaboración de algunas comidas y su sentido de gusto está lo suficientemente desarrollado como para escoger su menú.⁹ En estos años se afianzan los hábitos que lo acompañarán en su edad adulta. Pero también pueden aparecer serios problemas de alimentación como obesidad, bulimia, y/o anorexia. Es por esto que durante este período, padres, pediatras y educadores deben orientar los buenos hábitos de vida, entre éstos una adecuada alimentación.⁽⁷⁾

1. DEFINICIÓN DE LA EDAD ESCOLAR

La niñez es un momento biológico especial que se caracteriza por un activo crecimiento de la masa corporal que se produce en forma continua englobando tanto el desarrollo físico como psíquico. Los niños crecen rápidamente durante los dos primeros años de vida. El crecimiento continúa a un ritmo menor durante el resto de la infancia, antes de comenzar con el empuje puberal. El niño crece de 5 a 6 cm en promedio y aumenta alrededor de 3 kg por año.⁽⁸⁾

En cuanto al desarrollo cognitivo, presentan pensamientos racionales, diferenciando la fantasía de la realidad. Poseen capacidad de concentración y comprensión. El desarrollo social y emocional se produce en el hogar y en la escuela. Las amistades adquieren mayor importancia y se convierten en su principal referente social. Los niños tienen mayor control sobre su conducta, y pueden aparecer actos compulsivos o movimientos motores repetitivos.⁽⁸⁾

La escuela es el escenario de mayor exigencia social para los niños donde deben demostrar y demostrarse que son capaces de ser aceptados y queridos por sus pares y cumplir con las expectativas de sus padres y maestros.⁽⁸⁾

La edad escolar abarca desde los 6 años hasta los 12 años de edad. En los primeros 8 años de vida, todo lo relacionado con hábitos, valores personales, actitudes, conductas y habilidades para la vida, es determinante, pues se desarrolla la personalidad, establecen patrones de conducta que permanecerán en la vida adulta y los hábitos higiénicos dietéticos adquiridos, serán los que determinen una vida saludable o no.⁽⁸⁾

En ésta etapa se producen varios cambios en la vida del niño, el cual necesita aprender a alimentarse en condiciones que pueden ser diferentes a los de su familia. Debido a que los niños tienen más actividades y pasan más tiempo fuera de sus hogares, es más difícil que los padres puedan supervisar los alimentos que sus hijos consumen.

Un niño que no posea una buena alimentación, estará en peores condiciones para afrontar la actividad escolar y otras que realice fuera de este ámbito.⁽⁸⁾

2. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones, ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria.⁽⁹⁾

Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan, cuantitativamente, por un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y, cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal.⁽⁹⁾

Los hábitos alimentarios nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con el medio social. Sufren las presiones del marketing y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias.⁽⁹⁾

La alimentación es una necesidad fisiológica necesaria para la vida que tiene una importante dimensión social y cultural. Comer está vinculado por un lado a saciar el hambre (para vivir) y por otro al buen gusto, y la combinación de ambos factores puede llegar a generar placer. En el acto de comer entran en juego los sentidos (unos de forma evidente, vista, olfato, gusto y tacto, y, por último, el oído puede intervenir al recibir mensajes publicitarios sobre alimentos).⁽⁹⁾

La evolución del comportamiento alimentario se ha producido como consecuencia de diferentes factores, por ejemplo:

- Paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado.
- El trabajo de la mujer fuera del hogar
- Los nuevos sistemas de organización familiar etc.

La sociedad actual sufre una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de avanzadas tecnologías en el área agroalimentaria ha puesto a disposición de los consumidores los denominados “alimentos servicio”, especialmente diseñados para facilitar la preparación y consumo de los mismos.⁽⁹⁾

En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce a la alimentación adecuada como un instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad, si bien, las encuestas demuestran que la elección de alimentos está condicionada por el factor económico y el gusto en primer lugar, seguido de la comodidad, simplicidad en la preparación culinaria y el valor nutritivo que los alimentos aportan a la dieta.⁽⁹⁾

La modificación de los hábitos no es tarea fácil, pero sí posible, siendo las primeras etapas de la vida los mejores momentos para el éxito de este tipo de programas. Si además, la escuela incorpora esas actividades a su proyecto educativo, será más fácil la consecución de los objetivos.⁽⁹⁾

Mediante la educación nutricional se pretende modificar el comportamiento alimentario de las personas, pues ésta constituye, pese a sus limitaciones, un instrumento eficaz para promover la salud y prevenir la enfermedad. Además de una alimentación correcta y equilibrada, la lucha contra el sedentarismo y el impulso de estilos de vida que incluyan una dedicación al ejercicio físico son la mejor manera de mantener niveles adecuados de salud en las distintas etapas de la vida.⁽⁹⁾

Se ha apuntado que para que la educación nutricional pueda ser efectiva debe:

- Ser pertinente a nivel personal.
- Ser perfectamente comprensible.
- Hacer hincapié en la comida más que en los nutrientes.
- Ser coherente con los mensajes dietéticos.
- Tener en cuenta cómo perciben las personas los posibles riesgos.
- Recalcar los beneficios del cambio.

- Lograr hacer evidentes las barreras que impiden los cambios
- dietéticos.
- Contar con la participación activa de la comunidad escolar.

La implicación de las familias juega un importante papel tanto para conseguir cambios favorables, como para mantenerlos. La comunidad (servicios de salud, profesionales, industria, y otros servicios), debe reforzar los mensajes positivos. También hay que tener en cuenta que los alimentos saludables deben estar disponibles de forma atractiva y a precios razonables.⁽⁹⁾

En definitiva, la participación de todos los implicados es clave para conseguir cambios permanentes. La estrategia de abordar este tema de la manera más amplia posible es reducir, al máximo, los problemas nutricionales.⁽⁹⁾

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN

El niño por lo general tiene mucho más actividades sociales y deportivas. Esto hace que se amplíe las oportunidades y haya una influencia en lo que comerán.⁽¹⁰⁾

A esta edad empiezan a entender porque los alimentos tienen un efecto positivo sobre su crecimiento y su salud. Aunque su comprensión es limitada y no entienden cómo o porqué ocurre esto. Es en este momento donde se le debe de enseñar el valor nutritivo de los alimentos de una forma sencilla y divertida.⁽¹⁰⁾

Debido a que, por lo general, en los centros educativos existen sodas o comedores en los que los niños pueden comprar diferentes alimentos, hay un riesgo de que la selección de los mismos no sea la adecuada. Muchos niños prefieren comprar papas tostadas, hamburguesas, pizzas, refrescos gaseosos en vez de frutas, leche etc. La educación en la casa será primordial para evitar esto.⁽¹⁰⁾

4. NECESIDADES NUTRICIONALES

Los niños con edades comprendidas entre los 3 y los 11 años necesitan ingerir al día entre 1.750 y 2.800 kilocalorías. Una alimentación equilibrada proporciona a los niños todo lo que necesitan para crecer de forma saludable. Sus necesidades nutricionales varían en función de diversos factores, como la edad, el peso, la talla, el ritmo de crecimiento, el ejercicio físico y los hábitos alimentarios.⁽¹¹⁾

Para que los niños estén sanos, mantengan un crecimiento normal y cubran sus necesidades energéticas diarias necesitan:

a. Proteínas

Para desarrollar la musculatura. Se encuentran en los productos lácteos, carnes, pescados, huevos y también en los cereales. Las necesidades de proteínas han de basarse en la relación entre el peso

corporal, la estatura y el desarrollo. Son muy altas en los lactantes, disminuyen posteriormente y se elevan de nuevo en la pubertad.⁽¹¹⁾

b. Hidratos de carbono

Que proporcionan energía para el cerebro y los músculos. Están en los cereales, patatas, arroz, pasta , fruta y azúcar. Hay dos tipos de hidratos de carbono: los complejos, como los que se encuentran en los cereales; y los simples, como el de la fruta y el azúcar. Una alimentación saludable debe contar con cantidades adecuadas de ambos, pero con un predominio de los complejos.⁽¹¹⁾

c. La fibra dietética

Está en alimentos como los cereales integrales, las legumbres, las verduras, las frutas y los frutos secos. Se calcula que la dieta debe contener, al menos, unos 25 gramos de fibra diaria.⁽¹¹⁾

d. Grasas

Para aportar reservas de energía al organismo. Se encuentran en el aceite, mantequilla, margarina y determinados tipos de carnes y pescados. La cantidad de grasas consumida en los países del mundo occidental es superior a la aconsejada. Se recomienda disminuir el contenido de este nutriente en la dieta, muy especialmente las grasas de origen animal (saturadas). Por el contrario, **se aconseja el consumo de grasas de origen vegetal** (mono-poliinsaturadas) sobre todo el aceite de oliva.⁽¹¹⁾

e. Agua

Componente principal del cuerpo humano, no sólo presente en las bebidas sino también en todos los alimentos.⁽¹¹⁾

f. Minerales

El calcio, fósforo, hierro, magnesio, etc., indispensables para proteger adecuadamente al organismo. La leche es una buena fuente de calcio mientras que el cacao y los cereales lo son de magnesio. En consecuencia, una bebida a base de leche y cacao es ideal por su contenido en calcio y magnesio, sin olvidar su aporte de hidratos de carbono, proteínas y energía.⁽¹¹⁾

g. Vitaminas

Importantes para asegurar un buen funcionamiento de los procesos metabólicos del organismo. Es imprescindible su aporte a través de la alimentación, debido a que el organismo no puede sintetizarlas. Las frutas y las verduras son una fuente inestimable de vitaminas, al igual que la leche y la carne.⁽¹¹⁾

5. IMPORTANCIA DEL DESAYUNO

La primera comida del día debe ser el **DESAYUNO**. Pero, lamentablemente es la comida a la que menos atención se da, generalmente por la falta de tiempo y las prisas. La baja de glucosa en sangre (y cerebro) se denomina hipoglicemia y es frecuente en niños

que no desayunan o desayunan mal. La hipoglicemia puede ser causa de dolores de cabeza matutinos, mareos e incluso desmayos.¹²

Un desayuno adecuado permite que el niño tenga una mejor atención en la escuela, mejore su participación en clase y en los juegos del recreo.

Se recomienda desayunar principalmente hidratos de carbono y en menor cantidad grasas. Un desayuno equilibrado debe contener frutas, lácteos y cereales. Se puede completar con un huevo, tres veces por semana. El aporte dietético debe ser del 25% de los requerimientos diarios.

Además, para las familias que no se ven en el almuerzo es el momento ideal para integrar a los miembros de la familia. Así que, el tiempo dedicado para el desayuno debe ser de 15 a 20 minutos y en la mesa. Por lo tanto, los deberes escolares y otras responsabilidades deben hacerse con antelación, la noche anterior.⁽¹²⁾

A algunos niños les cae mal desayunar muy temprano o por algunas circunstancias tienen que acompañar a sus padres en la madrugada. Lo recomendable en estos casos es que el niño lleve su lonchera a la escuela.¹²

6. LA COLACIÓN O LONCHERA

Al seleccionar los alimentos que los niños llevan de casa para comer en la escuela se debe prestar suma atención.⁽¹²⁾

Muchos productos que compramos creyendo que son fáciles de empacar, realmente no son las mejores fuentes alimenticias para los

niños. Por ejemplo se debe evitar los alimentos procesados con alto contenido de sal, grasas y azúcar, como galletas y papas fritas, frituras de funda y otras golosinas que los niños prefieren porque los ven anunciados en la televisión. La mayoría de los productos comestibles que se anuncian en la televisión tienen un alto contenido de azúcar y grasa y no son lo mejor para su niño. Estos pueden producir un aumento súbito de energía a los niños, pero no son fuente de nutrientes indispensables a media mañana en la escuela.⁽¹²⁾

Tampoco es buena idea depender de los embutidos como jamón y mortadela para preparar los sánduches de la lonchera, porque tienen demasiado sodio y grasa. Es preferible enviar sánduches de carne molida, pollo, pavo o atún. Incluso puede probar con alimentos propios de nuestro país, por ejemplo un sánduche de pasta de chocho, chochos con tostado o chulpi, habas cocinadas con queso, etc.⁽¹²⁾

Es necesario añadir una porción de frutas (manzanas, peras, plátano, claudias, etc.) y verduras (palitos de zanahoria amarilla cruda o ensalada de tomate con rodajas de pimiento y lechuga).⁽¹²⁾

Se aconseja, incluir en la lonchera escolar yogur, quesos y frutas secas en bolsitas individuales.⁽¹²⁾

Las gaseosas y otras bebidas con alto contenido de azúcar son una causa principal de sobrepeso infantil y se ha ligado a comportamiento hiperactivo que obstaculiza el aprendizaje en la escuela.⁽¹²⁾

Si quiere poner una bebida dulce en la lonchera de sus hijos, haga usted misma/o el jugo en casa, con agua hervida y la fruta que escoja

su niño. El agua simple, sin endulzantes ni colorantes, es la mejor alternativa a las gaseosas y otros refrescos embotellados.⁽¹²⁾

Algunas familias prefieren dar dinero a sus hijos para que compren la colación en la escuela. Si este es el caso, investigue qué está comiendo su niño en el recreo y si realmente es lo adecuado. Siempre será preferible que usted prepare la lonchera y que “negocie” con su niño el menú del día para que no acabe en las manos de sus otros compañeros.⁽¹²⁾

7. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA EDAD ESCOLAR

- Asegurar un aporte calórico suficiente, de acuerdo con la edad y la actividad física, y una correcta proporción entre los principios nutritivos.⁽¹³⁾
- Asegurar el consumo equitativo de proteínas de origen animal y vegetal aunque potenciando estas últimas (cereales y legumbres) frente a la carne. Para esto, utilizar los platos de cuchara como la parte principal de la comida, no olvidar las guarniciones y disminuir el tamaño del filete de carne o pescado.⁽¹³⁾
- Recomendar que se aumente el consumo de pescados ricos en grasas poliinsaturadas sustituyendo a los productos cárnicos 3 a 4 veces por semana.⁽¹³⁾
- Desaconsejar el consumo de carnes grasas y reducir el consumo de derivados cárnicos ricos en grasa (embutidos).⁽¹³⁾

- Potenciar el consumo de aceite de oliva frente a mantequilla o margarinas. Restringir la bollería industrial elaborada con grasas saturadas.⁽¹³⁾
- Fomentar el consumo de cereales, preferentemente integrales (pan, pasta, arroz) y frutas frescas. ⁽¹³⁾.
- Evitar el consumo excesivo de sal. Utilizar sal yodada.⁽¹³⁾
- Evitar alimentos densos energéticamente y pobres en micronutrientes: zumos no naturales, productos industrializados ricos en carbohidratos simples o grasa, dulces, exceso de azúcar añadido a los alimentos, fritos y salsas grasas.⁽¹³⁾

B. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Para la evaluación nutricional antropométrica de niños y niñas menores de 15 años de edad, se aplicaron los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) : ⁽¹⁴⁾

1. **Peso-Talla**, el cual se define como la relación que existe entre el peso corporal con respecto a la talla (P-T), indicador más específico para valorar el estado nutricional en los mayores de 2 años.⁽¹⁴⁾

2. **Peso-Edad**, relación entre el peso corporal obtenido en un sujeto a una edad determinada y la referencia para su misma edad (P-E), indicador más sensible para valorar el Estado nutricional en los menores de 2 años.⁽¹⁴⁾
3. **Talla-Edad**, relación entre la talla obtenida de un individuo y la referencia de la misma edad y sexo (T-E), indicador que refleja el estado nutricional pasado o crónico.⁽¹⁴⁾
4. **IMC (Índice de Masa Corporal)**: Es importante recalcar que aunque el IMC se ha utilizado con éxito en estudios epidemiológicos y clínicos, no es un indicador de la reserva de grasa; por ello, es recomendable combinarlo con otros indicadores, en particular con aquéllos relacionados con el depósito de la grasa corporal y su distribución, para así distinguir los riesgos de la obesidad y de algunas enfermedades asociadas.⁽¹⁵⁾

C. NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA EDAD ESCOLAR

Habitualmente, los niños durante el primer año de vida presentan un rápido crecimiento, siendo las reservas de hierro utilizadas para tal fin. Si las mismas no son suplementadas en ese tiempo, los niños están expuestos a sufrir un déficit de hierro que derivará en un cuadro denominado anemia ferropénica. Las adolescentes debido a la

menstruación y también al rápido crecimiento, están propensas a padecer anemia.⁽¹⁶⁾

La consecuencia más importante de la deficiencia de hierro, especialmente si ha llegado al grado de anemia moderada, es el compromiso del desarrollo intelectual presente y futuro de los niños. En los escolares anémicos, se ha demostrado reiteradamente una disminución en su rendimiento, hecho que mejora con la corrección de la deficiencia. En los más pequeños, por otra parte, se detecta un retraso madurativo importante.⁽¹⁶⁾

ANEMIA

- Es la **disminución de la hemoglobina**, sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre los cuales se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.
- Esta disminución de la hemoglobina ocurre porque algo impide su formación, algo aumenta su destrucción o algo altera el número de glóbulos rojos circulando en la sangre.
- Si bien el valor no goza de total consenso se considera como anemia, en niños menores de cinco años, un valor de hemoglobina sérica menor a 11 gm% (ó gm/dl). También es equivalente un valor de hematocrito menor de 33%.⁽¹⁷⁾

1. Síntomas

- Dependiendo de la severidad de la anemia el niño puede tener sensación de frío, cansancio, presentar palidez o presentar la actitud de ingerir tierra o sustancias similares (pica). Cuando la anemia es más severa aparece pérdida total de apetito (anorexia), aumento de la frecuencia de los latidos cardíacos (taquicardia) e irritabilidad.
- La palidez no se detecta en el color de la piel o el rostro sino en el color de la mucosa conjuntival (parte interna de los párpados) y del lecho ungueal ("raíz" de las uñas).
- Existen otros síntomas que aparecen debido a la deficiencia de hierro en el cuerpo cuando ésta es la causa de la anemia: somnolencia (sueño excesivo), hiporexia (disminución del apetito), apatía, decaimiento, disminución del rendimiento escolar.⁽¹⁷⁾

2. Causas

- En orden decreciente de frecuencia las principales causas de anemia son:
 - **Deficiencia de hierro:** Es la principal causa de anemia infantil. Ocurre cuando la dieta es pobre en alimentos ricos en hierro (carnes rojas y vísceras). Existen vegetales ricos en hierro (como las espinacas, las acelgas) pero éste no es asimilado en cantidad por el organismo humano debido a que ellos contienen fitatos, sustancias que bloquean la absorción.

- **Parasitosis intestinal:** Existen helmintos ("gusanos") que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal o se alimentan de sangre llevando a la anemia. Se trata de las uncinarias y el estroongiloides.⁽¹⁷⁾

D. PARASITOSIS EN LA EDAD ESCOLAR

Es más común de lo que nos podemos imaginar. La infección parasitaria infantil afecta a niños de edad escolar y preescolar y es provocada por los oxiuros.⁽¹⁸⁾

Estos se ubican en los intestinos y mientras el pequeño duerme el oxiuro hembra sale por el recto y deposita sus huevecillos en la piel que lo rodea generando una picazón anal muy intensa. La forma de contagio es a través de los huevos larvados ya sea por ingestión o inhalación de los mismos.⁽¹⁸⁾

1. Cómo se contagian

Los niños más pequeños tienen el hábito de llevar las manos sucias a la boca, facilitando la introducción de huevos y larvas de los parásitos, manteniendo de esa manera la vía de infestación.

Los huevos se diseminan en los diferentes ambientes del hogar, sobre todo en dormitorios y baños, contaminan los objetos, juguetes, alimentos, agua y piscinas. Como es de alta diseminación las madres

y hermanos de los niños infectados están muy expuestas al contagio también. Los oxiuros no se contagian a través de las mascotas.⁽¹⁸⁾

2. Síntomas

Dificultades para dormir debido a la picazón en el recto que produce el oxiuro.

Irritación y molestia vaginal en niñas pequeñas (sucede cuando el oxiuro adulto entra en la vagina y no en el ano)

Dolor abdominal

Vómito y asco

Falta de apetito y pérdida de peso

Irritabilidad por la falta de sueño

Rechinar de los dientes

También se encuentra asociado con manchas de color blancuzco en la piel de cara.¹⁸

Nadie está exento de padecer este tipo de parasitosis más allá de la higiene y cuidado personal, por eso cuando se detecta a un niño con parásitos lo más conveniente es que toda la familia entre en tratamiento, el cual debe ser por indicación médica.⁽¹⁸⁾

La parasitosis infantil es la causa de cuadros de anemia, bajo peso en lactantes, malnutrición y retardo de crecimiento, por ello los padres de familia deben llevar a sus hijos a sus controles periódicos a fin de detectar oportunamente este problema e iniciar el tratamiento antiparasitario adecuado en el que se involucra a la familia como medida de prevención.⁽¹⁸⁾

E. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Las enfermedades más comunes en los niños son las infecciones, que se caracterizan porque son transmitidas por algún microbio y se contagian de una persona enferma a una sana. Las más frecuentes son las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, que son comentadas ampliamente en los capítulos respectivos. Otras graves y algunas de ellas mortales, como sarampión, se previenen gracias a la vacunación. También fueron tratadas en el apartado correspondiente.⁽¹⁹⁾

Cuáles son

Aquí nos referimos a otras enfermedades comunes en la niñez como: rubéola, varicela y escarlatina, las cuales se manifiestan con erupciones en la piel y generalmente se acompañan con cuadros gripales.⁽¹⁹⁾

Las paperas y la hepatitis también son padecimientos contagiosos que ocasionan gran ausentismo escolar.

Cuando un niño padece muy seguido de las amígdalas puede complicarse con fiebre reumática, enfermedad grave que si no es tratada a tiempo afecta su corazón y lo incapacita por el resto de su vida.¹⁹

Lo común es que estas enfermedades se presenten en la edad preescolar y escolar. Es muy importante detectarlas oportunamente para su debida atención, y así evitar complicaciones y contagios.⁽¹⁹⁾

Infecciones de la niñez	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones Respiratorias Agudas
------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades diarreicas • Sarampión • Rubéola, varicela, escarlatina • Hepatitis, paperas
--	--

1. ENFERMEDADES DIARREICAS

a. Definición diarrea

La diarrea es una manifestación de padecimientos ocasionados por bacterias, parásitos o virus que dañan el estómago y el intestino y que se adquieren al consumir alimentos o agua contaminados. Esto ocurre cuando no se hierven o no se desinfectan y cuando se preparan, sirven o comen con las manos sucias.⁽¹⁹⁾

Si se tiene diarrea es importante recibir el tratamiento adecuado y oportuno, para evitar posibles complicaciones graves como la deshidratación (pérdida de líquido y sales del organismo), capaz de provocar la muerte en pocas horas; o padecer desnutrición causada por la eliminación de sustancias nutritivas.⁽¹⁹⁾

b. Importancia en la problemática de salud

En nuestro país se han logrado reducir en forma considerable las enfermedades diarreicas; no obstante, todavía son la cuarta causa de

muerte desde que un niño nace y hasta que cumple quince años de edad.⁽¹⁹⁾

c. Causas

Los organismos que ocasionan esta enfermedad están presentes en el excremento de personas o animales infectados; éste, si se deja al aire libre, puede ser arrastrado por el viento o la lluvia, o acarreado por moscas o cucarachas que contaminan los alimentos y el agua. Las principales causas de la diarrea son: La falta de higiene y de agua potable, así como la eliminación inadecuada de excrementos y basura.⁽¹⁹⁾

d. Prevenir

Podemos disminuir de manera considerable las muertes infantiles provocadas por la diarrea, si se dan a conocer ampliamente las principales medidas higiénicas y el uso del sobre “Vida Suero Oral” para evitar la deshidratación. Así también es necesario que la gente reconozca las señales de agravamiento, para acudir de inmediato a los servicios de salud y recibir tratamiento oportuno.²⁰

La diarrea se origina al consumir alimentos o agua que se contamina con gérmenes, por preparar, servir o comer alimentos con las manos sucias. Para prevenirla todos debemos aplicar estas sencillas medidas:

- Lavar y desinfectar frutas y verduras.

- Lavarse las manos antes de preparar, comer o servir alimentos, y después de ir al baño o de cambiar el pañal a un bebé.
- Evitar comer en lugares con poca higiene.
- Obrar sólo en excusados o letrinas, o si no, al menos enterrar el excremento.
- Depositar la basura en sitios adecuados y mantenerla tapada.

Ante cualquier caso de diarrea es necesario que los niños tomen muchos líquidos como serían leche materna, atole de arroz, caldo, agua de fruta, además, "Vida Suero Oral" y continuar con su alimentación habitual. "Vida Suero Oral" es el remedio más importante

Para salvar la vida de un niño que tiene diarrea, porque ayuda a evitar su deshidratación. Se puede conseguir en unidades de salud, farmacias y tiendas CONASUPO. Su preparación es sencilla: sólo hay que disolver el contenido de un sobre completo en un litro de agua al tiempo, previamente hervida, y darle a cucharaditas todo el suero que acepte.⁽¹⁹⁾

2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

a. Definición

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son enfermedades de nariz, garganta, bronquios y pulmones. Se caracterizan porque aparecen en forma súbita y se pueden agravar en pocas horas, por lo cual es indispensable atenderlas de inmediato para evitar complicaciones.¹⁹

b. Causas

Se producen por la acción de microbios (virus o bacterias) que son transmitidos por las gotitas de saliva que un enfermo expulsa cuando habla, tose o estornuda. Los microbios también se propagan a través del aire y los utensilios de uso común.⁽¹⁹⁾

c. Importancia en la problemática de salud

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la tercera causa de muerte entre los niños.⁽¹⁹⁾

d. Prevención

Las mejores maneras de prevenir las infecciones respiratorias son: la lactancia materna, una alimentación adecuada, la vacunación y mantenerse retirado de personas enfermas, así como evitar asistir a lugares cerrados muy concurridos.

Con la difusión y la práctica de estas medidas, podemos ayudar a disminuir el número de niños que enferman o mueren por infecciones respiratorias.⁽¹⁹⁾

e. Recomendaciones

- Al niño que tiene tos y catarro, hay que darle a beber muchos líquidos y mantenerlo abrigado sin que se acalore. Se debe limpiar su nariz varias veces al día, sobre todo antes de darle de comer y antes de acostarlo a dormir. También es importante mantener ventilada su habitación, sin exponerlo a corrientes de aire.⁽¹⁹⁾

- Las frutas y las verduras de color naranja y amarillo tienen vitaminas “A” y “C”, que ayudan al niño a protegerse de las enfermedades respiratorias. A cualquier edad, un niño bien alimentado tiene menor posibilidad de enfermar o morir por pulmonía.⁽¹⁹⁾
- La tos y el catarro se curan con simples cuidados en casa . Pero,
- si el niño tiene dolor de oído o la garganta roja con puntos blancos, necesita tratamiento médico y debe llevarse de inmediato al centro de salud.⁽¹⁹⁾
- Si su hijo tiene tos y catarro, observe su respiración: si se agita o respira rápido, llévelo de inmediato a un hospital.
- Si el niño respira rápido, en forma corta y difícil; si se le hunde abajo del pecho y entre las costillas al jalar aire; si los labios o las uñas se le ponen amoratados y está decaído, tiene una infección respiratoria grave y necesita ser hospitalizado con urgencia, ya que puede morir en pocas horas.⁽¹⁹⁾
- Un niño que es alimentado con leche materna, recibe todas sus vacunas durante el primer año de vida, come frutas y verduras anaranjadas o amarillas y bebe muchos líquidos, tendrá mayor protección contra las enfermedades respiratorias y otros padecimientos.⁽¹⁹⁾

F. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y MIGRACIÓN

La migración ecuatoriana en estos últimos años se ha convertido en el bote salvavidas del Ecuador, según algunos analistas como Alberto Acosta, los emigrantes aportan con aproximadamente 1400 millones de dólares anuales a la economía ecuatoriana convirtiéndose en el segundo aporte económico más importante después del petróleo estos ingresos que van hacia las familias de los emigrantes han permitido la circulación de dinero (dólares) lo cual hace que la economía ecuatoriana no termine por hundirse completamente.⁽²⁰⁾

Hablando de la migración interna, en Ecuador la migración más común es la que se efectúa de las áreas rurales a las urbanas, para 1980 el 47% de la población reside en ciudades, pero para 1990 se torna predominantemente urbana, con una proporción del 55% del total. Podemos mencionar que durante 1997-1998.⁽²⁰⁾

Ecuador se vio afectado por el Fenómeno “El Niño”, el cual produjo muchas inundaciones tanto de áreas de trabajo como de vivienda, este hecho obligó a muchos a abandonar su lugar de residencia en busca de mejores condiciones para vivir. Dicho fenómeno produjo una migración inusual hacia las ciudades.⁽²⁰⁾

Otro tipo de migración interna es la que se realiza hacia el oriente, el 90% de los que residen en esta zona son lojanos, y el 60% de estos se han movilizado a las zonas del Coca y Lago Agrio para realizar actividades petroleras.⁽²⁰⁾

En lo referente a migración externa la propensión a cambiar de residencia habitual se da más en los adultos jóvenes. El 45.5% de los extranjeros

que ingresaron en el Ecuador para 1994 tenían edades entre los 20 y 39 años. Y del mismo grupo de edad los que salieron representan el 43.26%.⁽²⁰⁾

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El presente estudio se desarrollo en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “Transito Amaguaña”, en la Ciudad de Quito, con un tiempo de duración estimado de cinco meses.

B. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de diseño no experimental, tipo transversal.

C. VARIABLES

1. Identificación

VARIABLE COVARIANTE PRINCIPAL	VARIABLE COVARIANTE SECUNDARIA
Estado Nutricional	Migración interna
Hábitos alimenticios	

VARIABLES DE CONTROL	Sexo Edad Nivel socio económico Nivel de instrucción de la madre Estado de salud
----------------------	--

2. Definición

a. Características socioeconómicas y demográficas

- **Edad cronológica:** es el tiempo que el individuo ha vivido desde su nacimiento y se puede expresar en años, días y meses.
- **Sexo:** condición orgánica que distinguen al hombre de la mujer
- **Nivel Socio Económico:** El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación

laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

- **Nivel de instrucción de la madre:** Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles analfabeto, primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).
- **Migración interna:** es el ir de una zona rural a una zona urbana dentro de un mismo país como también fuera de ellas; las causas que motivan para la consolidación de este fenómeno son varias "existen tres grandes causas a.- Causas socioeconómicas, todo lo relacionado con la situación laboral, los salarios, la falta del trabajo en relación al país de origen, y las expectativas construidas sobre los países de destino; b.-Causas políticas, que tienen directa relación con la inestabilidad o estabilidad de los países tanto de origen como de los países de destino y, c.- Causas culturales, que está relacionado con los mitos que se construyen de los países de destino, como también de todo la concepción que se ha construido alrededor de los países de origen, pudiendo ser vistos positiva o negativamente

b. Estado nutricional

Antropometría

- **Peso:** Es un indicador grande de masa corporal total, pero no define compartimentos e incluye fluidos y se puede obtener en libras y en kilogramos.
- **Talla:** Es la estatura o altura de un individuo, y se puede estimar en centímetros o en metros.
- **BMI/Edad:** es un índice antropométrico resultante de comparar el IMC del escolar con el IMC de referencia correspondiente a su edad se utiliza para evaluar reservas de grasa corporal según edad. Clasifica el estado nutricional en niveles de bajo peso, normalidad, sobrepeso y obesidad.
- **Talla/Edad:** indicador que refleja el crecimiento lineal alcanzado y sus deficiencias indican las deficiencias acumulativas de la salud o la nutrición a largo plazo. La Desnutrición Crónica se refleja en una baja talla en relación con la edad.

Bioquímicos

- **Hemoglobina:** es un pigmento de color rojo presente en los glóbulos rojos de la sangre, es una proteína de transporte de oxígeno y que está compuesta por la globina y cuatro grupos Heme.

c. Estado de salud

- **Examen coproparasitario:** conjunto de técnicas complementarias, que permite demostrar la presencia de las diferentes formas evolutivas de los enteroparásitos: esporas, trofozoitos quistes, huevos, larvas o adultos.
- **EDAS:** Son manifestaciones de padecimientos ocasionados por bacterias, parásitos o virus que dañan el estómago y el intestino y que se adquieren al consumir alimentos o agua contaminados. Esto ocurre cuando no se hierven o no se desinfectan y cuando se preparan, sirven o comen con las manos sucias
- **IRAS:** son enfermedades de nariz, garganta, bronquios y pulmones. Se caracterizan porque aparecen en forma súbita y se pueden agravar en pocas horas, por lo cual es indispensable atenderlas de inmediato para evitar complicaciones.

d. Hábitos alimenticios

- **Recordatorio de 24 horas:** Se pregunta al sujeto sobre los alimentos consumidos en las últimas 24 horas. Es un método fácil aplicación, la participación del sujeto es menor, no se alteran los hábitos usuales del paciente, tiene una tasa de respuesta alta, la información se ve poco afectada por la memoria del sujeto.
- **Frecuencia de consumo de alimentos:** Este método es útil en estudios epidemiológicos y de casos y controles, pero se debe considerar que su análisis sólo permite conocer la exposición a un factor de riesgo, identificar el consumo habitual de unos pocos alimentos o nutrientes en un periodo de tiempo.

3. Operacionalización

VARIABLE	TIPO	CATEGORIA
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS		
Edad cronológica	Continua	Años
Sexo	Nominal	Hombre Mujer
Lugar de origen	Nominal	Provincia de origen
Tiempo de migración	Continua	Años
Nivel Socio – Económico	Ordinal	1 Estrato Medio Alto 2 Estrato Medio 3 Estrato Popular Alto 4 Estrato Popular Bajo
Nivel de instrucción de la madre (NIM)	Ordinal	1 Instrucción superior 2 De 4 a 6 años secundaria 3 De 1 a 3 años secundaria 4 De 4 a 6 grado primaria 5 De 1 a 3 grado primaria 6 Ninguna instrucción
ESTADO NUTRICIONAL		

ANTROPOMETRIA		
Peso	Continuo	Kg (kilogramos)
Talla	Continuo	M (Metros)
IMC//EDAD	Continuo	Kg/m ² <5p Bajo Peso 5p-85p Normal 85p-95p Sobrepeso >95p Obesidad
Talla/ edad	Continuo	>p97 Talla Alta p85 – p97 Normal p3 – p84 Talla Baja <p3 Talla Baja Severa
BIOQUIMICA		
Hemoglobina	Continua	g/dl
	Ordinal	11, 5 g/dl Normal <11,5 g/dl Anemia
ESTADO DE SALUD		
Coproparasitario	Nominal	Presencia de parásitos
HÁBITOS ALIMENTICOS		
Consumo Energético	Continuo	Kcals

Adecuación	Ordinal	<p><70 Insuficiente o subalimentación</p> <p>70.1 – 84,9 Muy bajo o riesgo alimentario</p> <p>85 – 94,9 Bajo</p> <p>95 – 104.9 Normal</p> <p>105 – 114 Alto</p> <p>>115 Exceso</p>
Consumo de proteínas	Continuo	Gramos
Adecuación de proteínas	Ordinal	<p><70 Insuficiente o subalimentación</p> <p>70.1 – 84,9 Muy bajo o riesgo alimentario</p> <p>85 – 94,9 Bajo</p> <p>95 – 104.9 Normal</p> <p>105 – 114 Alto</p> <p>>115 Exceso</p>
Consumo de grasas	Continuo	Gramos
Adecuación de grasas	Ordinal	<p><70 Insuficiente o subalimentación</p>

		70.1 – 84,9 Muy bajo o riesgo alimentario 85 – 94,9 Bajo 95 – 104.9 Normal 105 – 114 Alto >115 Exceso
Consumo de CHO	Continuo	Gramos
Adecuación de CHO	Ordinal	<70 Insuficiente o subalimentación 70.1 – 84,9 Muy bajo o riesgo alimentario 85 – 94,9 Bajo 95 – 104.9 Normal 105 – 114 Alto >115 Exceso
Consumo de Hierro	Continuo	Miligramos
Adecuación de Hierro	Ordinal	<70 Insuficiente o subalimentación 70.1 – 84,9 Muy bajo o riesgo alimentario 85 – 94,9 Bajo

		95 – 104.9 Normal 105 – 114 Alto >115 Exceso
Modificación de la dieta	Nominal	Mejorado Igual Empeorado
Frecuencia de consumo de alimentos	Ordinal	Muy frecuente Frecuente Ocasional Poco frecuente

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

1. Población participante

Son los 180 niños y niñas que constituyen el universo de la Unidad Educativa Experimental Intercultural Bilingüe “TRÁNSITO AMAGUAÑA” hijos de padres migrantes a la ciudad de Quito.

E. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Procedimientos recolección de datos

a. Acercamiento

Se pidió permiso mediante una solicitud (**ANEXO N°1**) a la directora de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “Transito Amaguaña” para que se autoricen realizar el proyecto de tesis antes mencionado. Se identificó los recursos humanos, físicos y económicos disponibles para la ejecución del proyecto, el uso que se le da y las necesidades de los mismos.

b. Características socioeconómicas y demográficas

Se obtuvo datos generales como edad, sexo, lugar de origen, modificación de la alimentación, nivel socio económico y nivel de instrucción de la madre (NIM), se utilizó una entrevista socioeconómica (**ANEXO N°2**), la misma que estuvo elaborada de acuerdo a los indicadores de cada una de las variables propuestas para el estudio dentro de las características generales.

c. Estado nutricional

Se realizó la clasificación del estado nutricional según el IMC se utilizaron técnicas antropométricas para recolectar datos de peso y talla propuestas por la OMS. (**ANEXO N°3**)

Antropométricos

Peso: Se realizó con una balanza digital de la siguiente manera:

- Se conectó la balanza a una fuente de energía eléctrica.
- Se procedió a calibrar la balanza.
- Se pidió al estudiante que se saque los zapatos y la mayor cantidad de objetos y de ropa posible para obtener un dato más confiable y real del peso del estudiante.
- El estudiante estuvo en posición erecta y relajada, con la vista fija en un plano horizontal, las palmas de las manos extendidas y descansando lateralmente en los muslos; con los talones ligeramente separados, los pies formando una V ligera y sin hacer movimiento alguno.
- Se obtuvo el dato y se anotó en la Ficha del Estudiante.²¹

Talla: El instrumental que se utilizó fue una cinta métrica de 2,5 m de largo y de 1,5 cm de ancho que se abizó en la pared con el 0 a nivel del piso y una escuadra que se apoyó en la pared y el vértex del sujeto.

- El estudiante estuvo de espaldas y sin zapatos a la cinta métrica (colocado verticalmente), con la vista fija al frente en un plano horizontal; los pies formando ligeramente una V y con los talones entreabiertos.
- El piso y la pared donde estuvo instalado Tallímetro fue rígidos, planos y sin bordes, se realizó un ángulo de 90°.
- Se deslizó la escuadra y al momento de tocar la parte más prominente de la cabeza, se tomó la lectura de la talla.⁽²¹⁾

Bioquímicos

Hemoglobina: El análisis de hemoglobina puede realizarse como parte de un examen de rutina o durante una enfermedad, pero suele formar parte del recuento hemático completo. El análisis de hemoglobina se utilizó principalmente para detectar varios tipos de anemia, una enfermedad común que aparece cuando la cantidad de glóbulos rojos de una persona es demasiado baja. No es necesaria ninguna preparación especial. Ya que la ciudad de Quito se encuentra a 2800m altura / nivel del mar, se corrigió el valor de la hemoglobina y se lo hizo de la siguiente manera: restado 1,8 g/dl que corresponde a los 3000m de altura / nivel del mar al valor obtenido del examen de laboratorio.²²

Examen de laboratorio

Examen coproparasitario: Pasos para la recolección:

Realizo la deposición en un recipiente limpio y seco. Destaparon el envase, y dejaron la tapa boca arriba para que no se contamine.

Recogieron con baja lenguas, espátula (o similar) una cantidad representativa de la muestra, preferible de varios lugares sobre

todo de aquellos que tienen aspecto raro.

Taparon el envase, y rotularon, con su nombre completo.

Trajerón la muestra.²²

Además se preguntó a los niños si en los últimos tres meses han presentado enfermedades diarreicas o respiratorias

d. Hábitos alimenticio

Para la recolección de datos se obtuvo realizando un encuesta de Recordatorio de 24 horas, Frecuencia de consumo y se preguntó si su alimentación ha cambiado con respecto a su lugar de origen lo que permitió tener una información clave para nuestro proyecto **(ANEXO N°4)**, la misma que estuvo elaborada de acuerdo a los indicadores que quería tener de manera clara y concisa.

2. Procedimiento de la información

La información que se obtuvo de la recolección de datos se procesó y analizó de forma manual y utilizando programas informáticos que permitieron obtener resultados garantizados.

- Se utilizó el proceso manual para la tabulación de los datos
- generales (Edad, sexo, Nivel Socioeconómica, NIM), antropométricos (Peso y Talla IMC/EDAD, T/E), bioquímicos (Hemoglobina), Estado de salud (Examen Coproparasitario) y Hábitos alimentarios (Recordatorio de 24 horas y de frecuencia de consumo).

- Para el análisis del estado nutricional, se manejo tablas con valores de referencia de la OMS, 2007(IMC//EDAD, T//E) y se utilizo el programa ANTRO PLUS V.1.0.4.
- Para el consumo alimentario (recordatorio de 24 horas y frecuencia alimentaria) se utilizo el programa CANASTA.
- Se realizo una base de datos en Microsoft EXCEL 2010.
- La información que se obtuvo se proceso de manera electrónica, se esquematizo en tablas y gráficos estadísticos, mediante la utilización del software estadístico JMP 5.1- Copyright 1989-2003 SAS Institute Inc.

Análisis Estadísticos

Se realizo una estadística descriptiva de cada una de las variables, utilizando el programa JMP versión 5.1-, se realizo un análisis bilateral relacionado la variable Covariante principal con cada una de las variables covariantes secundaria y variables de control.

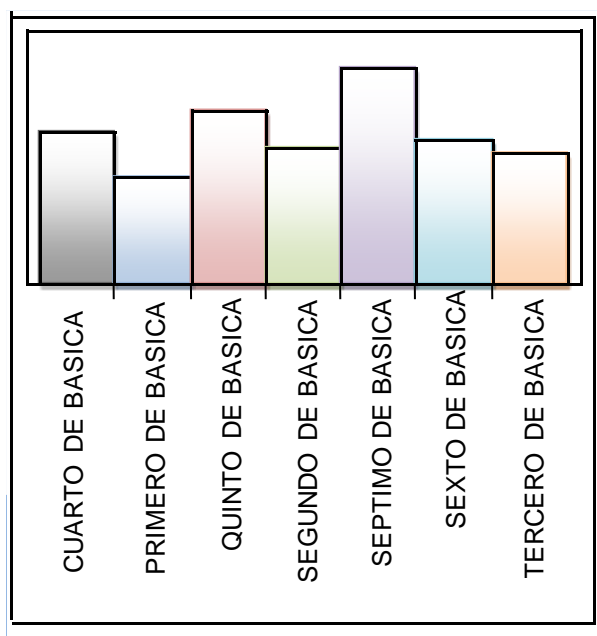
V. RESULTADOS

La investigación tenía un universo de 180 niños y niñas que estaban matriculados para el año electivo 2012 – 2013, pero se realizó en 147 niños y niñas ya que era los que estaba asistiendo con normalidad y regularidad a clases.

A. ANALISIS DESCRIPTIVO

1. CARACTERISTICA SOCIOECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS

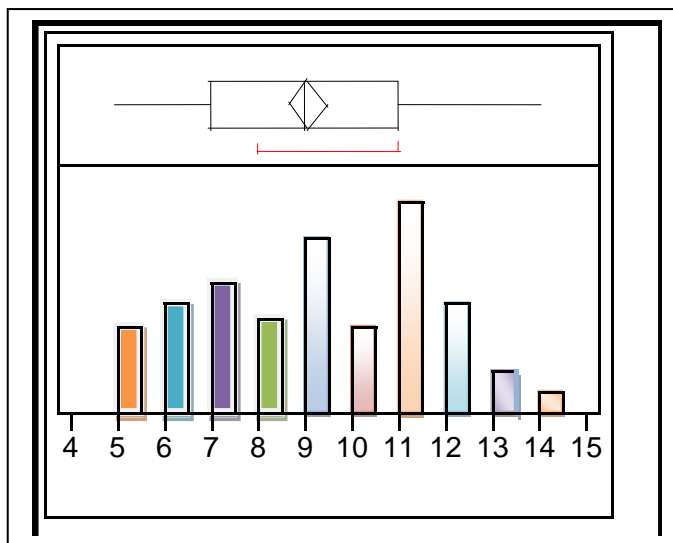
GRAFICO N° 1: Distribución de la población según nivel de escolaridad



NIVEL	NUMERO	PORCENTAJE
CUARTO DE BASICA	21	14.286
PRIMERO DE BASICA	15	10.204
QUINTO DE BASICA	24	16.327
SEGUNDO DE BASICA	19	12.925
SEPTIMO DE BASICA	30	20.408
SEXTO DE BASICA	20	13.605
TERCERO DE BASICA	18	12.245
TOTAL	147	100.000

La investigación se realizó en 147 niños y niñas del primero al séptimo de educación básica, cuyos datos revelo que existe un porcentaje (20, 4%) de niños y niñas en el séptimo de educación básica

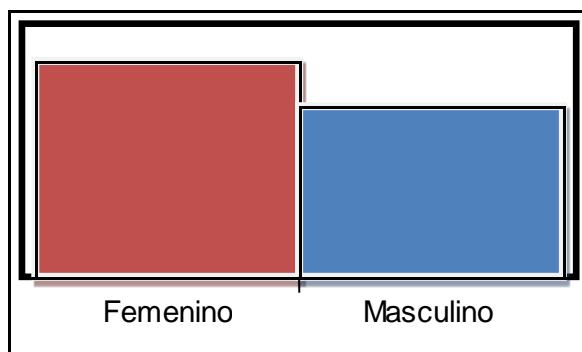
GRAFICO N° 2: Distribución de la población según edad



Máximo	14.000
Mediana	9.000
Mínimo	5.000
Promedio	9.0816327
Dev Std	2.405787
TOTAL	147

El valor máximo fue de 14 años y el mínimo de 5 años, el promedio de la edad fue de 9,08 años mientras que el valor de mediana fue de 9 años, con una desviación estándar de 2,40. La distribución de niños y niñas según la edad es de forma cuasi - simétrica debido a que el promedio es casi igual a la media.

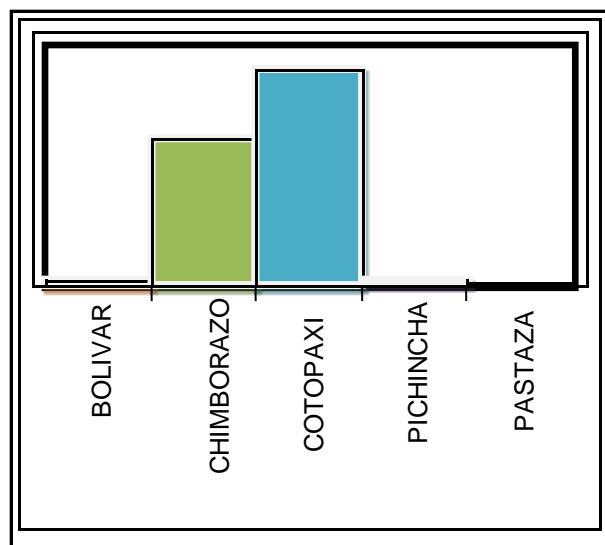
GRAFICO N° 3: Distribución de la población según sexo



SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Femenino	82	55.782
Masculino	65	44.218
Total	147	100,000

La población en la que se realizó la investigación cuyos datos que existe un (55.7%) por niñas y el (44.2%) por niños.

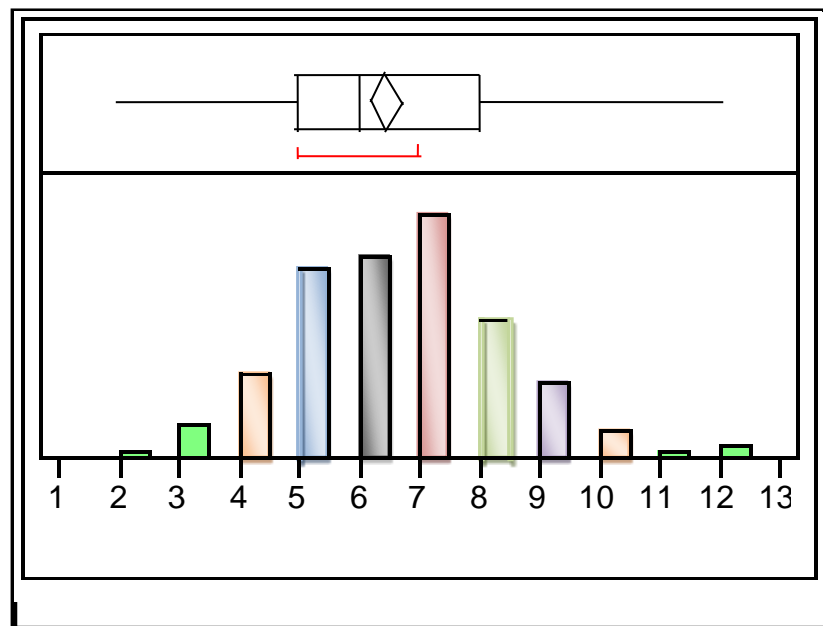
GRAFICO N° 4: Distribución de la población según su provincia de procedencia



LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
BOLIVAR	3	2.041
CHIMBORAZO	56	38.095
COTOPAXI	83	56.463
PICHINCHA	3	2.041
PASTAZA	2	1.361
TOTAL	147	100.000

La provincia de procedencia de la población a la que se realizó el estudio en su mayoría están en la provincia de Cotopaxi (56.46%), Chimborazo (38,09%) y el resto esta distribuidos en Bolívar, Pichincha y Pastaza

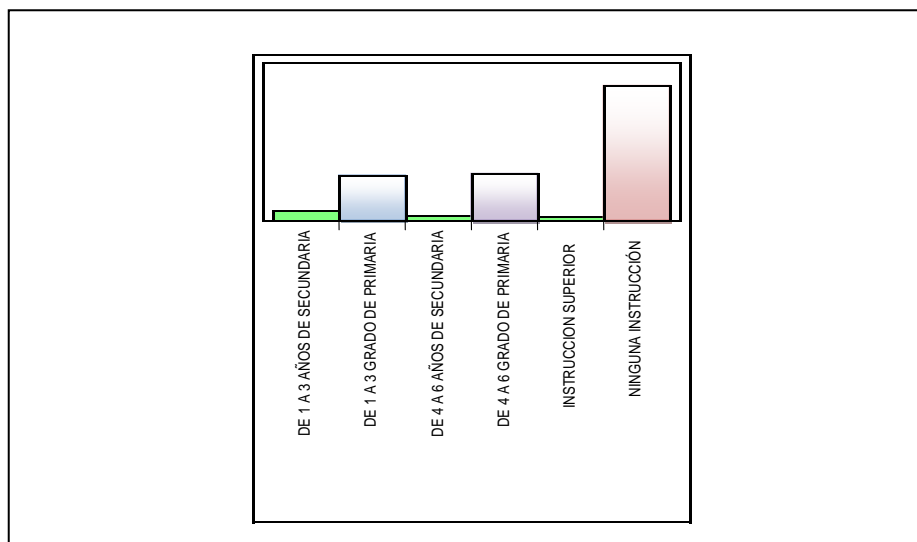
GRAFICO N° 5: Distribución de la población según años de migración



Máximo	12.000
Mediana	6.000
Mínimo	2.000
Promedio	6.4829932
Dev Std	1.8069642
TOTAL	147

El valor máximo fue de 12 años de migración y el mínimo de 6 años de migración, el promedio de los años de migración es de 6,48 mientras que el valor de la mediana es de 6 años de migración con una desviación estándar de 1,8. La distribución de la población según años de migración es asimétrica con desviación positiva hacia la derecha ya que el promedio es mayor que la mediana.

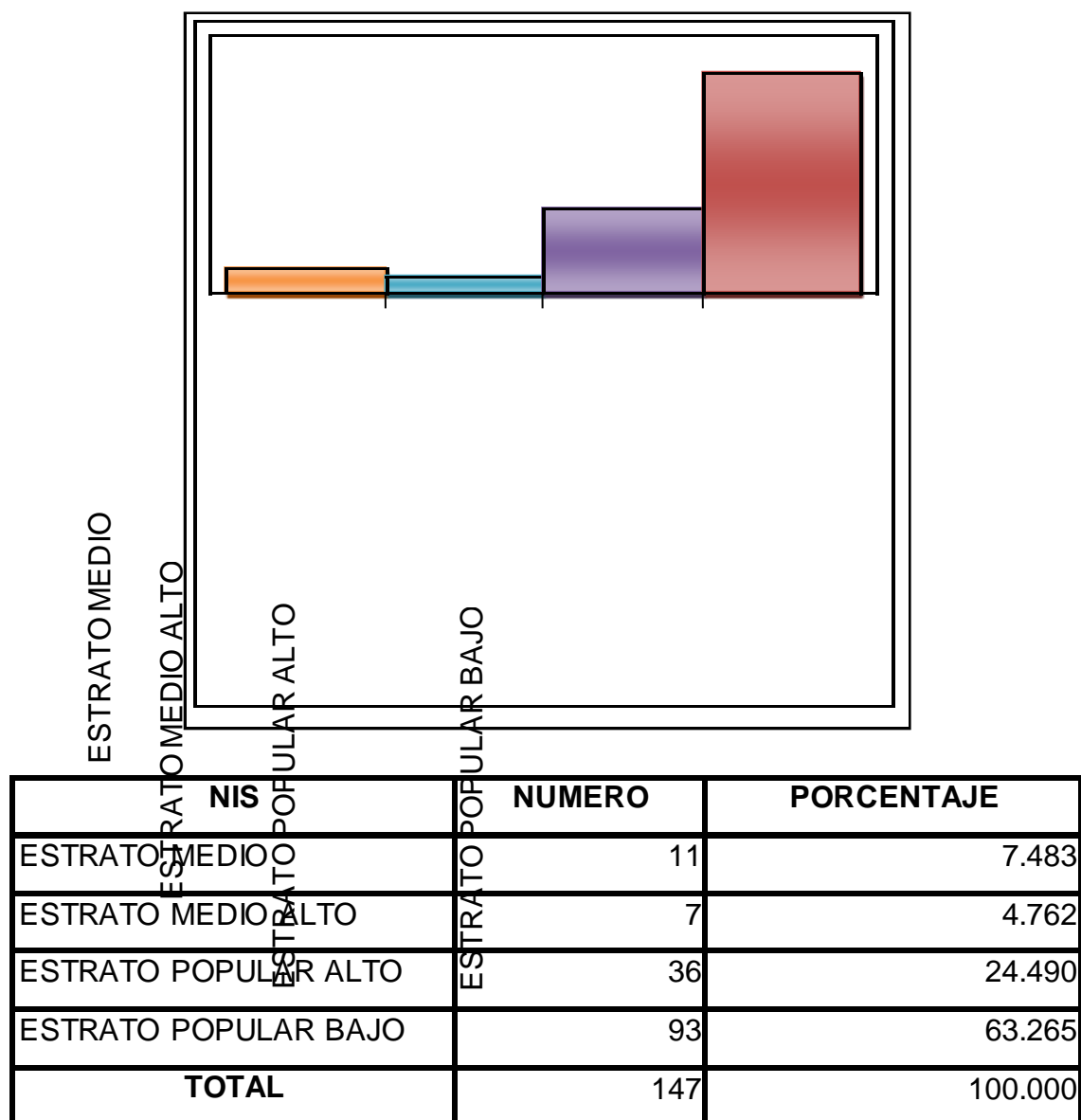
GRAFICO N° 6: Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre



NIM	NUMERO	PORCENTAJE
DE 1 A 3 AÑOS DE SECUNDARIA	6	4.082
DE 1 A 3 GRADO DE PRIMARIA	27	18.367
DE 4 A 6 AÑOS DE SECUNDARIA	3	2.041
DE 4 A 6 GRADO DE PRIMARIA	28	19.048
INSTRUCCION SUPERIOR	2	1.361
NINGUNA INSTRUCCIÓN	81	55.102
Total	147	100.000

Las madres de la población a la que se le realizó la investigación no tienen ninguna instrucción y es el (55, 12%), un (19,04%) de 4 a 6 grados de primaria y tan solo (1,36%) tiene instrucción superior.

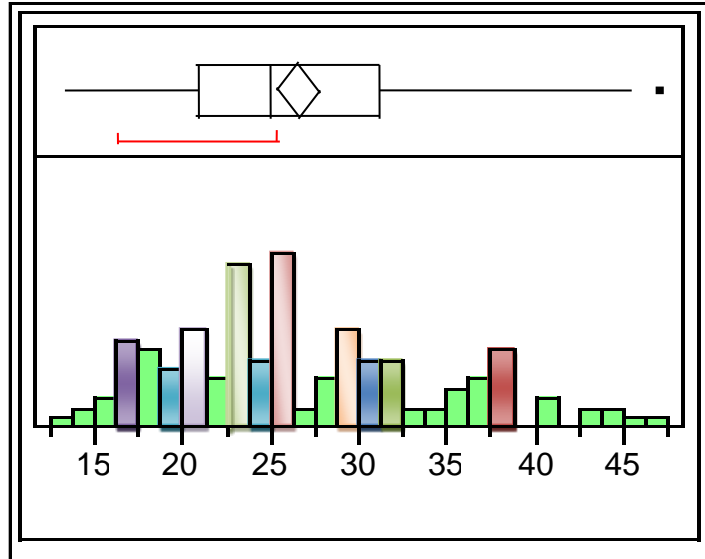
GRAFICO N° 7: Distribución de la población según nivel socioeconómico



En la investigación se reveló que un (87.75%) de la población es de estrato popular bajo y tan solo un 7.48% son de estrato medio y el 4.76% son del estrato medio alto. La clasificación de esta variable se la realizó mediante la encuesta del Nivel de inserción Social (Anexo 2).

2. ESTADO NUTRICIONAL

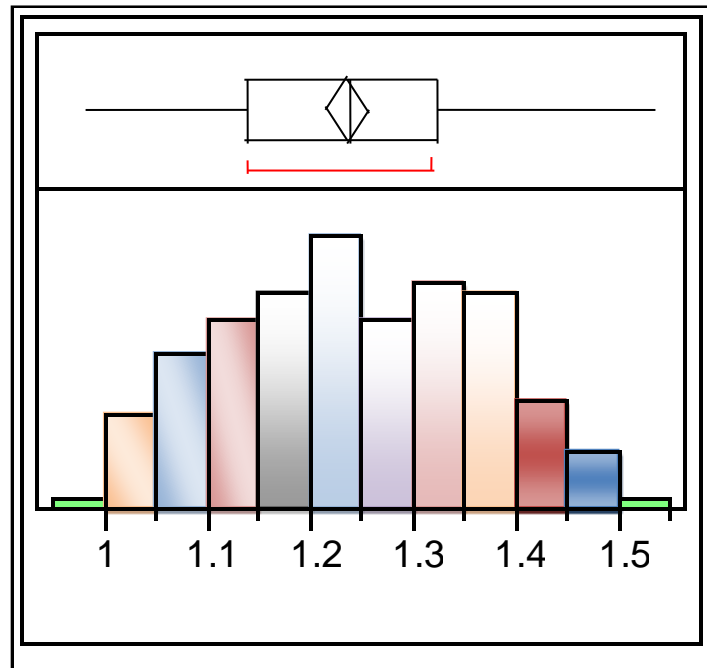
GRAFICO N° 8: Distribución de la población según su peso



Máximo	47.200
Mediana	25.000
Mínimo	13.600
Promedio	26.559864
Dev Std	7.5675376
TOTAL	147

El valor máximo es de 47,2 kg y el mínimo de 13,6 kg, con un promedio de 26,5 kg mientras que la media 25,0 kg y una desviación de 7,5. La distribución de la población según el peso en kilos es asimétrica con una desviación positiva hacia la derecha ya que el promedio es mayor que la mediana.

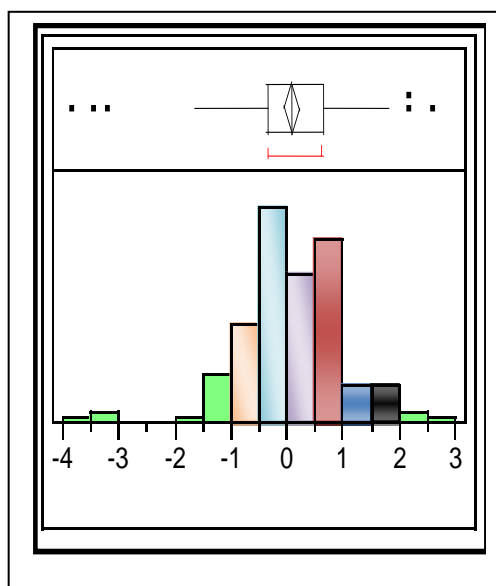
GRAFICO N° 9: Distribución de la población según su talla (METROS)



Máximo	1.5350
Mediana	1.2400
Mínimo	0.9850
Promedio	1.2378571
Dev Std	0.1247573
TOTAL	147

El valor máximo es de 1,53 metros y el mínimo de 0,98 metros, con un promedio de 1,23 metros mientras que la mediana es 1,24 metros y una desviación de 0,12. La distribución de la población según talla en metros es cuasi – simétrica.

GRAFICO N° 10: Distribución de la población según IMC//EDAD(Puntaje Z



Máximo	2.640
Mediana	0.100
Miniño	-3.820
Promedio	0.0967347
Std Dev	0.9325155
TOTAL	147

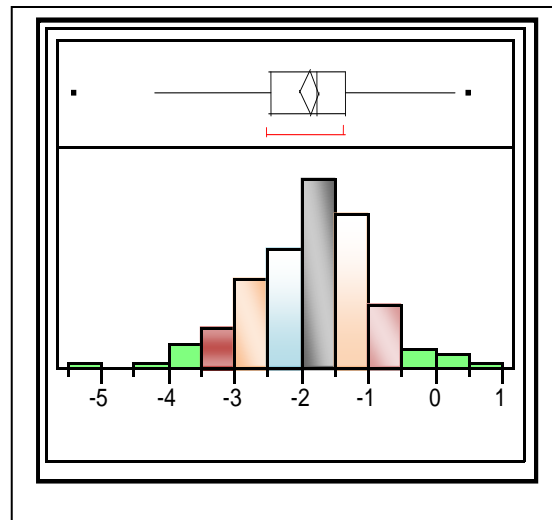
El valor máximo es 2,6 pz IMC//EDAD y mínimo de -3,82 pz

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
DELGADEZ SEVERA	3	2.041
NORMAL	129	87.755
OBESIDAD	1	0.680
SOBREPESO	14	9.524
TOTAL	147	100.000

IMC//EDAD, con un promedio de 0,09 pz IMC//EDAD, mientras que la mediana es de 0,10 pz IMC//EDAD y una desviación estándar de 0,93. La distribución según IMC//EDAD en PUNTAJE Z es cuasi – simétrica.

La investigación revelo que existe porcentaje (87,75%) de niños y niñas tienen un Estado nutricional normal de y un (9,52%) se encuentra sobrepeso, un (2.04%) con delgadez severa y el (0.68%) con obesidad.

GRAFICO N° 11: Distribución de la población según TALLA//EDAD



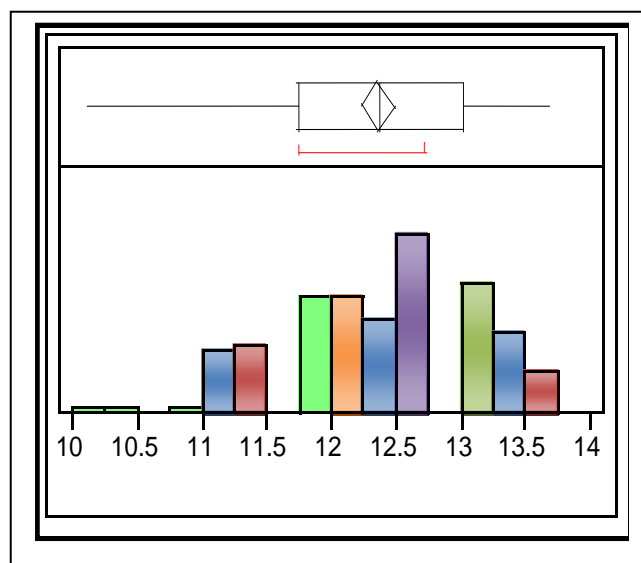
		DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Máximo	0.510			
Mediana	-1.760	NORMAL	90	61.224
Mínimo	-5.400	RETARDO LEVE	42	28.571
Promedio	-1.870272	RETARDO MODERADO	13	8.844
Dev Std	0.9370684	RETARDO SEVERO	2	1.361
TOTAL	147	TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de

0.51 pz TALLA//EDAD y el mínimo de -5.4 pz TALLA//EDAD, con un promedio de -1.87 pz TALLA//EDAD mientras que la mediana es -1.76 y una desviación de 0,93. La distribución de la población según TALLA//EDAD en PUNTAJE Z es Asimétrica con una desviación hacia la derecha ya que el promedio es mayor a la mediana. La investigación reveló que existe un porcentaje de (61,22%) niños y niñas tienen un talla NORMAL y un (28.57%) se encuentra retardo leve, un (8.84%) con retardo moderado y una minoría (1.36%) con retardo severo.

3. BIOQUIMICA

GRAFICO N° 12: Distribución de la población según presencia de anemia



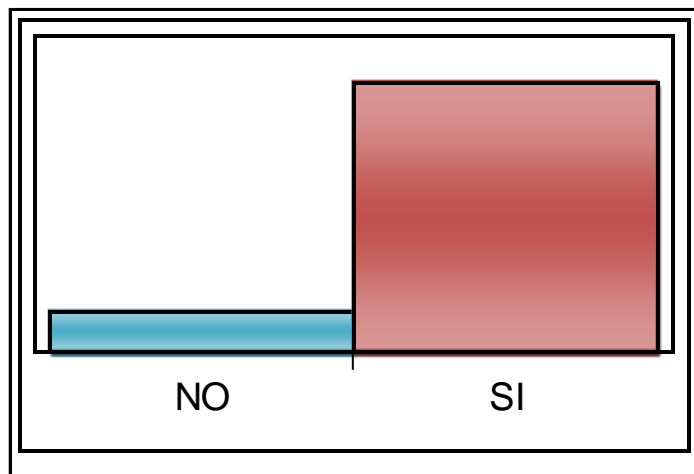
Máximo	13.680
Mediana	12.390
Mínimo	10.140
Promedio	12.372109
Std Dev	0.7575033
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
ANEMIA	24	16.327
NORMAL	123	83.673
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de hemoglobina 13.68 mg/dl y el mínimo de 10.14 mg/dl, con un promedio de 12.37mg/dl mientras que la mediana es 12.39 y una desviación de 0,75. La distribución de la población según HEMOGLOBINA es Cuasi – simétrica. La investigación reveló que existe un porcentaje(83.63%) de niños y niñas tienen un hemoglobina NORMAL y un (16.32%) tienen anemia.

4. ESTADO DE SALUD

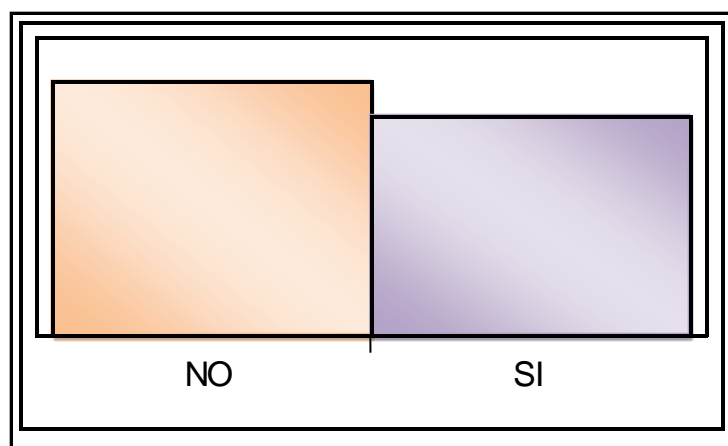
GRAFICO N° 13: Distribución de la población según prevalencia de parasitosis



PARASITOSIS	NUMERO	PORCENTAJE
NO	20	13.605
SI	127	86.395
TOTAL	147	100.000

En la investigación se reveló que un (86,39%) de la población presenta parasitosis, seguido de (13.60%) de la población no presenta parasitosis, estos datos son realmente preocupantes ya que miramos que los sistemas sanitarios y organismos de salud no tienen estrategias eficaces para erradicar este problema lo que podría causar serios problemas muy serios a largo plazo.

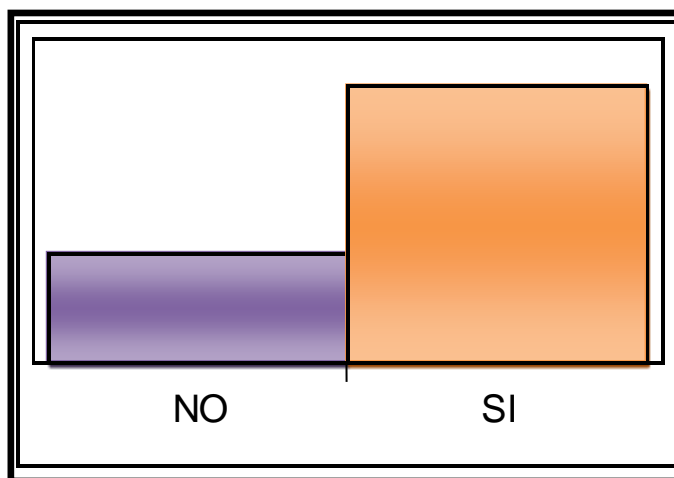
GRAFICO N° 14: Distribución de la población según presencia de enfermedades diarreicas



DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
NO	79	53.741
SI	68	46.259
TOTAL	147	100.000

En la investigación se reveló que un (53.74%) de la población presento enfermedades diarreicas en los últimos 3 meses y el (46.25%) que no ha presentado enfermedades diarreicas en los últimos 3 meses, si estos resultados nos reflejan que sigue siendo un problema de salud y uno de los más difíciles de erradicar y controlar, debido a que continúan siendo una de las primeras causas de consulta externa, con tendencia al incremento por lo que se hace un llamado a los organismos para que busquen estrategias de erradicación.

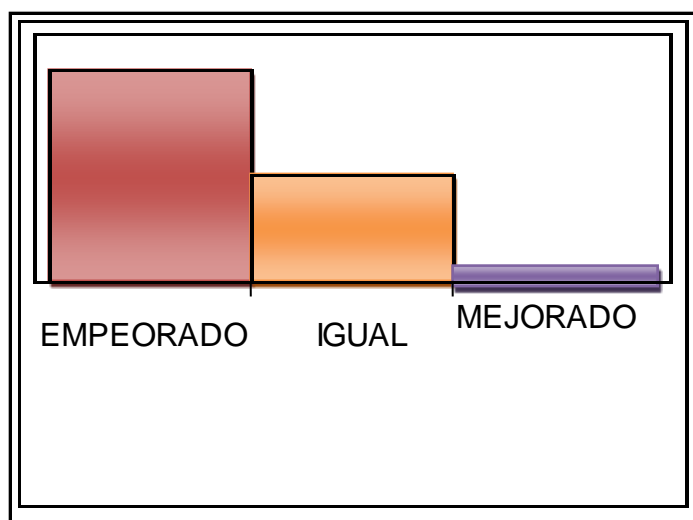
GRAFICO N° 15: Distribución de la población según presencia de enfermedades respiratorias



DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
NO	42	28.571
SI	105	71.429
TOTAL	147	100.000

En la investigación se reveló que un (71.42%) de la población presento enfermedades respiratorias en los últimos 3 meses, y un (28.57%) que no ha presentado enfermedades respiratorias en los últimos 3 meses, si bien es cierto los cambios bruscos, no dejan de ser el factor desencadenante de estas enfermedades respiratorias en el ecuador, pero merecen una especial atención de las autoridades correspondientes ya que como vemos los niños en etapa escolar son los más propensos a padecer estas enfermedades por estar entre grandes concentraciones de alumnos en espacios reducidos..

GRAFICO N° 16: Distribución de la población según cambios en la alimentación

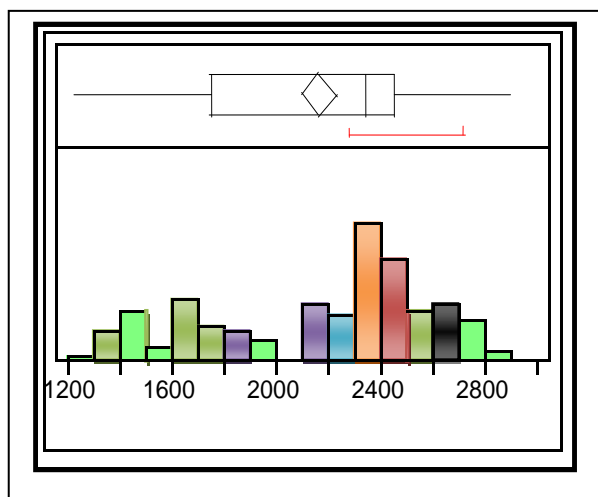


DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
EMPEORADO	97	65.986
IGUAL	49	33.333
MEJORADO	1	0.680
TOTAL	147	100.000

En la investigación se reveló que un (65.98%) de la población cree que su alimentación ha EMPEORADO con respecto a su lugar de origen, seguido de (33.33%) de la población cree que su alimentación es IGUAL a su lugar de origen y tan solo (0.68%) cree que su alimentación ha mejorado con respecto a su lugar de origen. Frente a esta situación se hace necesario buscar la forma de detener en algo la migración campo-ciudad y esto requiere un proyecto de desarrollo rural integral, para que los campesinos obtengan ingresos razonables por su trabajo y puedan tener una vida digna y así evitar la tentación de abandonar los campo y así evitamos que cambie su alimentación.

5. HABITOS ALIMENTICIOS

GRAFICO N° 17: Distribución de la población según consume de Calorías



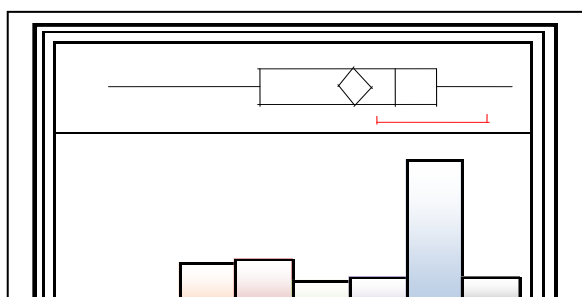
Máximo	2890.0
Mediana	2345.0
Mínimo	1234.0
Promedio	2167.2925
Dev Std	425.41328
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO	68	46.259
INSUFICIENTE	1	0.680
MUY BAJO	43	29.252
NORMAL	35	23.810
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de 2890 calorías y el mínimo de

1234 calorías, con un promedio de 2167.29 mientras que la mediana es 2345 y una desviación de 425.41. La distribución de la población según consumo de CALORIAS es asimétrica con una desviación hacia la izquierda ya que le promedio es menor a la mediana. La investigación reveló que existe un porcentaje(46.25%), de niños y niñas tiene un consumo bajo de calorías, seguido de un 29.25% de la población que tiene un consumo muy bajo de calorías, y un 23.81% tiene un consumo normal de calorías y tan solo un 0.68% de la población tiene un consumo insuficiente de calorías.

GRAFICO N° 18: Distribución de la población según consumo de proteínas

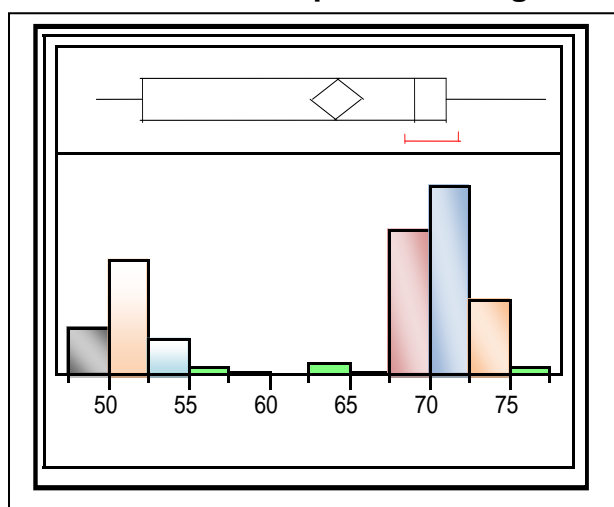


Máximo	69.120
Mediana	59.040
Mínimo	34.020
Promedio	55.544082
Dev Std	8.949113
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO	80	54.422
INSUFICIENTE	2	1.361
MUY BAJO	65	44.218
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de 69.12 gr. De proteína y el mínimo de 34.02 gr. De proteína, con un promedio de 55.54 gr de proteína mientras que la mediana es de 59.04 gr de proteína y una desviación de 8.94. La distribución de la población según consumo de GRAMOS DE PROTEINA es asimétrica con una desviación hacia la izquierda ya que el promedio es menor a la mediana. La investigación reveló que existe porcentaje (54.42%), de niños y niñas que tiene un consumo bajo de proteínas, el seguido de un 44.21% de la población que tiene un consumo muy bajo de proteínas y tan solo un 1.36% de la población tiene un consumo insuficiente de proteínas.

GRAFICO N° 19: Distribución de la población según consumo de grasa

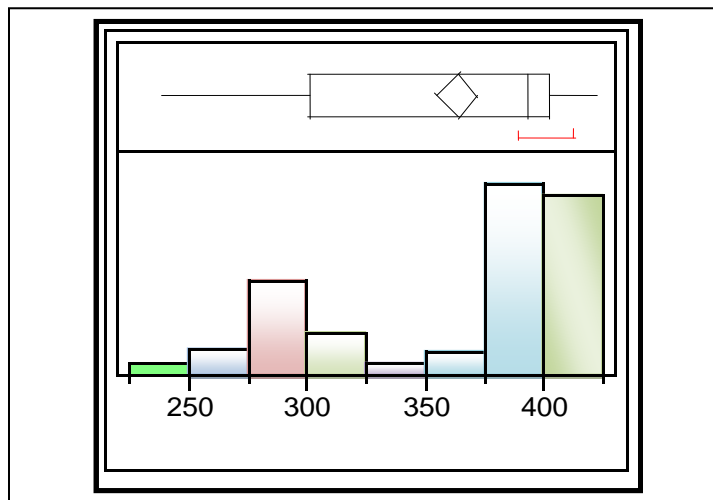


Máximo	77.155
Mediana	69.160
Mínimo	49.538
Promedio	64.362143
Std Dev	9.2625983
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
ALTO	143	97.279
EXCESO	4	2.721
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de 77.15 gr. De grasa y el mínimo de 49.53 gr. De grasa, con un promedio de 64.36 gr de grasa mientras que la mediana es de 69.16 gr de grasa y una desviación de 9.26. La distribución de la población según consumo de GRAMOS DE GRASA es asimétrica con una desviación hacia la izquierda ya que el promedio es menor a la mediana. La investigación reveló que existe un porcentaje (97.27%) de niños y niñas que tiene un consumo alto de grasas y tan solo un 2.72% de la población tiene un consumo excesivo de grasas.

GRAFICO N° 20: Distribución de la población según consumo de Carbohidratos

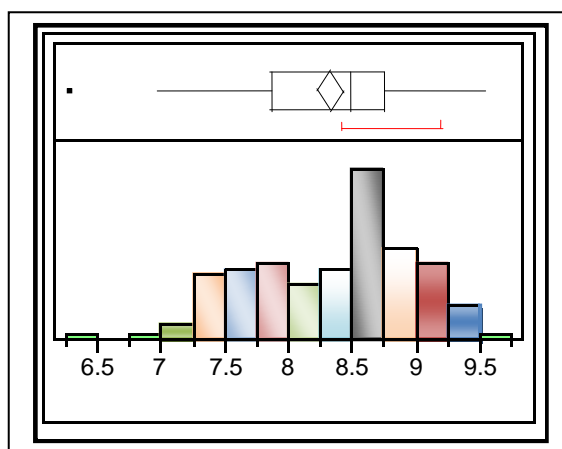


Máximo	422.17
Mediana	393.31
Mínimo	240.30
Promedio	363.92721
Dev Std	54.067726
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
ALTO	120	81.633
BAJO	5	3.401
EXCESO	6	4.082
NORMAL	16	10.884
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de 422.17 gr. De carbohidratos y el mínimo de 240.30 gr. De carbohidratos, con un promedio de 363.9 gr de carbohidrato mientras que la mediana es de 393.31 gr de carbohidratos y una desviación de 54.06. La distribución de la población según consumo de GRAMOS DE CARBOHIDRATOS es asimétrica con una desviación hacia la izquierda ya que el promedio es menor a la mediana. La investigación reveló que existe un porcentaje (81.63%), de niños y niñas que tienen un consumo ALTO de carbohidratos, un 10.88% de la población que tiene un consumo NORMAL de carbohidratos, un 4.82 % de la población tiene un consumo EXCESIVO de carbohidratos y tan solo un 3.40% de la población tiene un consumo BAJO de carbohidratos.

GRAFICO N° 21: Distribución de la población según consume de Hierro



Máximo	9.5300
Mediana	8.5000
Mínimo	6.3000
Promedio	8.3389796
Dev Std	0.6338583
TOTAL	147

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO	75	51.020
INSUFICIENTE	2	1.361
MUY BAJO	70	47.619
TOTAL	147	100.000

El valor máximo es de 9.53 mg/dl. de hierro y el mínimo de 6.3 mg/dl. De hierro, con un promedio de 8.33 mg/dl de hierro mientras que la mediana es 8.50 gr de hierro y una desviación de 0.63. La distribución de la población según consumo de MILIGRAMOS DE HIERRO es asimétrica con una desviación hacia la izquierda ya que el promedio es menor a la mediana. La investigación reveló que existe porcentaje (51.02%), de niños y niñas que tiene un consumo bajo de hierro y un 47.61% de la población que tiene un consumo muy bajo de hierro y tan solo un 1.36% de la población tiene un consumo insuficiente de hierro.

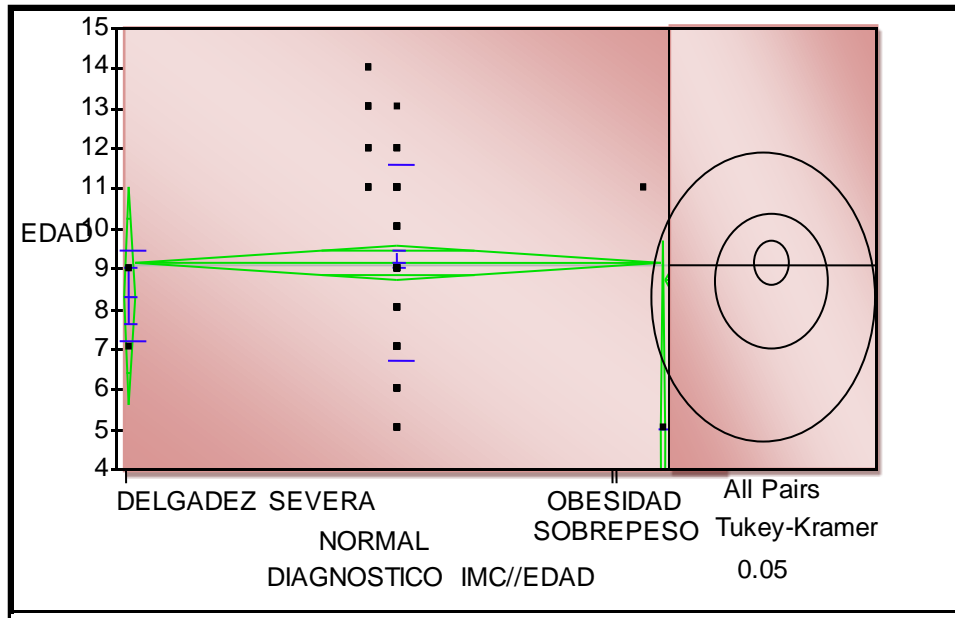
GRAFICO N° 22: Distribución de la población según frecuencia de consumo

TIPOS DE ALIMENTO	FERUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS							
	MUY FRECUENTE		FRECUENTE		OCASIONAL		POCO FRECUENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LACTEOS	35	23.8	31	21.0	28	19.04	53	36.05
CARNES	10	6.80	17	11.5	47	31.97	73	49.66
GRASAS	141	95.9	5	3.40	-	-	1	0.680
CEREALES	139	94.5	8	5.44	-	-	-	-
VERDURAS	11	7.48	10	6.80	80	54.42	46	31.29
FRUTAS	14	9.52	38	25.8	50	34.01	45	30.61
BEBIDAS AZUCARADAS	11	7.48	104	70.7	23	15.64	9	6.122
COMIDAS RAPIDAS	2	1.36	-	-	116	78.91	29	19.72

La investigación relevo que existe un mayor consumo en 95.91% consumo muy frecuente grasas, el 94.55% con un consumo muy frecuente en cereales, con un 70.74% un consumo frecuente de bebidas azucaradas y con menor consumo en un 78.91% con un consumo ocasional de comidas rápidas , 54.42% con un consumo ocasional de verduras, y con el 49.66% tienen un consumo poco frecuente de carnes.

B. ANALISIS BIVARIABLE

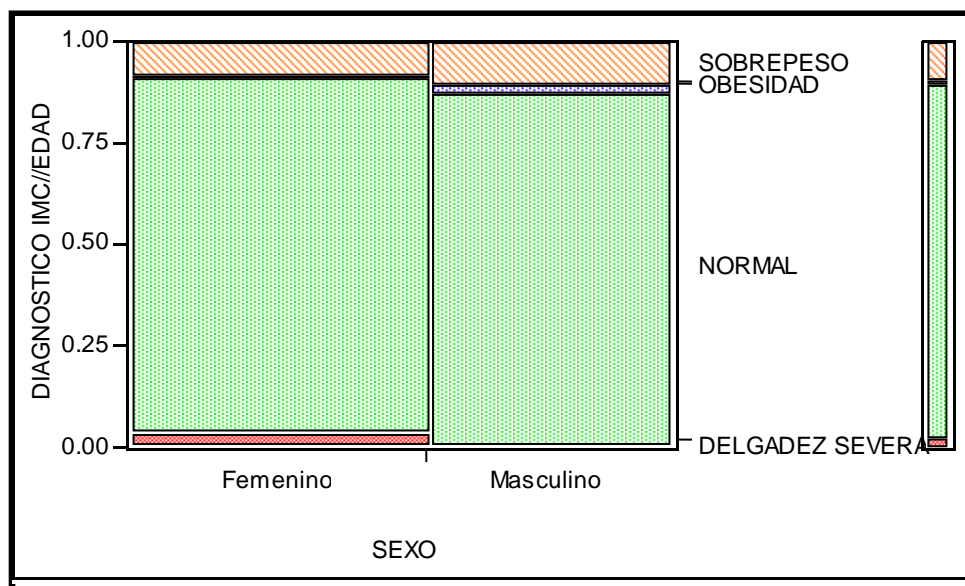
GRAFICO N° 23: Estado nutricional (IMC//EDAD) según edad



NIVEL	NUMERO	PROMEDIO	Dev. Std
DELGADEZ SEVERA	3	8.33333	1.15470
NORMAL	129	9.17054	2.44350
OBESIDAD	1	5.00000	.
SOBREPESO	14	8.71429	2.09132
PROBABILIDAD	0,3013		

Al analizar edad con el diagnostico de IMC//EDAD tenemos diferencia en la delgadez severa con una edad promedio de 8 años, en la normalidad con un promedio de edad de 9 años, en la obesidad un edad promedio de 5 años y con sobrepeso un edad promedio de 8.7 años. Estas diferencias no son estadísticamente significativas porque el valor de la lo cual es mayo a 0,05 por lo tanto no existe relación entre la edad y IMC//EDAD

GRAFICO N° 24: Estado Nutricional IMC//EDAD según sexo



SEXO	DELGADEZ SEVERA	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	TOTAL
Femenino	3 2.04	72 48.98	0 0.00	7 4.76	82 55.78
Masculino	0 0.00	57 38.78	1 0.68	7 4.76	65 44.22
TOTAL	3 2.04	129 87.76	1 0.68	14 9.52	147
PROBABILIDAD		0,2805			

Al analizar sexo con el diagnostico de IMC//EDAD tenemos diferencia que un 2% de probabilidad de mujeres frente a un 0% en hombre con delgadez severa, existe un 48,98% de probabilidad de mujeres frente a un 38.78% de hombre con IMC normal. Estas diferencias no son estadísticamente significativas porque el valor de la probabilidad es mayor a 0,05 por lo tanto no existe relación entre la sexo y diagnostico de IMC//EDAD

GRAFICO N° 25: Estado nutricional IMC//EDAD según nivel de instrucción de la madre (NIM)

NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	DELGADEZ SEVERA	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	TOTAL
DE 1 A 3 AÑOS DE SECUNDARIA	0 0.00	6 4.08	0 0.00	0 0.00	6 4.08
DE 1 A 3 GRADO DE PRIMARIA	1 0.68	25 17.01	0 0.00	1 0.68	27 18.37
DE 4 A 6 AÑOS DE SECUNDARIA	0 0.00	3 2.04	0 0.00	0 0.00	3 2.04
DE 4 A 6 GRADO DE PRIMARIA	1 0.68	25 17.01	0 0.00	2 1.36	28 19.05
INSTRUCCION SUPERIOR	0 0.00	2 1.36	0 0.00	0 0.00	2 1.36
NINGUNA INSTRUCCIÓN	1 0.68	68 46.26	1 0.68	11 7.48	81 55.10
TOTAL	3 2.04	129 87.76	1 0.68	14 9.52	147

Al analizar diagnostico de IMC//EDAD con NIM tenemos diferencia en la normalidad tenemos que con ninguna instrucción 46.26%, con sobrepeso con ninguna instrucción el 7.48% frente a un 1.36% con 4 a 6 años de primaria en la Estas diferencias no son estadísticamente significativas porque el valor de la **PROBABILIDAD** es 0,9804 lo cual es mayor a 0,05 por lo tanto no existe relación entre la sexo y diagnostico de IMC//EDAD

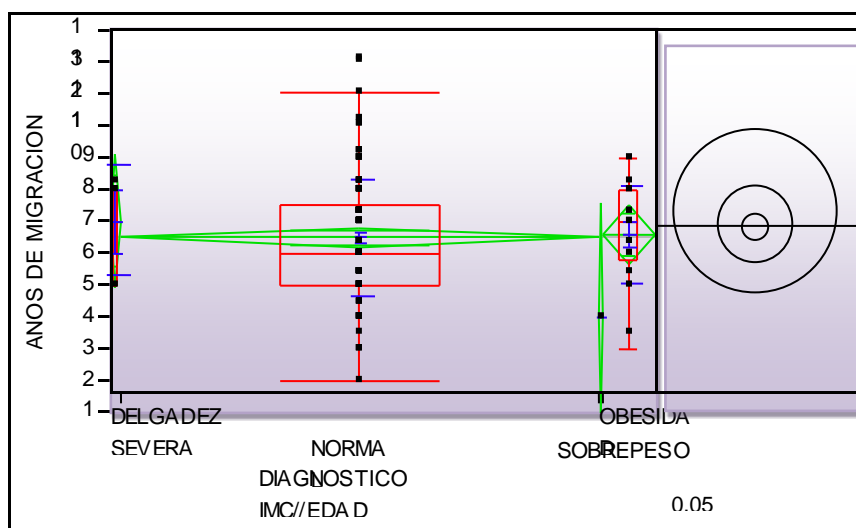
GRAFICO N° 26: Estado nutricional IMC//EDAD según provincia de procedencia

PROVINCIA DE PROCEDENCIA	DELGADEZ SEVERA	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	TOTAL
BOLIVAR	0 0.00	3 2.04	0 0.00	0 0.00	3 2.04
CHIMBORAZO	1 0.68	49 33.33	0 0.00	6 4.08	56 38.10
COTOPAXI	2 1.36	73 49.66	1 0.68	7 4.76	83 56.46
PICHINCHA	0 0.00	2 1.36	0 0.00	1 0.68	3 2.04
PASTAZA	0 0.00	2 1.36	0 0.00	0 0.00	2 1.36
TOTAL	3 2.04	129 87.76	1 0.68	14 9.52	147

PROBABILIDAD= 0.9883

Al analizar Estado nutricional (IMC//EDAD) con la provincia de procedencia tenemos diferencias 1.36% de probabilidad de encontrar con delgadez severa en Cotopaxi frente a un 0.68% en Chimborazo, un 49.66% de probabilidad de encontrar en la normalidad en Cotopaxi frente a un 333.33% en Chimborazo. Estas diferencias no son estadísticamente significativas porque el valor de la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre el estado nutricional y provincia de procedencia.

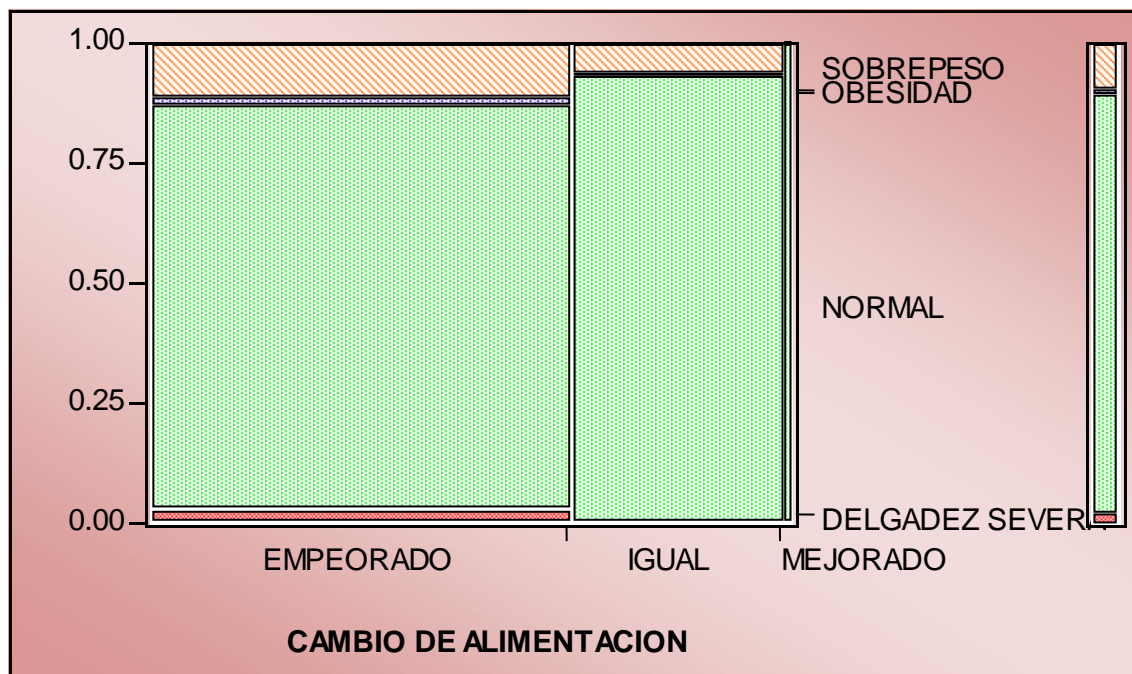
GRAFICO N 27: Estado nutricional IMC// EDAD según años de migración



DIAGNOSTICO DE IMC//EDAD	NUMERO	PROMEDIO	STD DEV
DELGADEZ SEVERA	3	7.00000	1.73205
NORMAL	129	6.48062	1.83755
OBESIDAD	1	4.00000	.
SOBREPESO	14	6.57143	1.55486
PROBABILIDAD	0.5426		

Al analizar estado nutricional con años de migración tenemos diferencias en delgadez severa hay un promedio de 7 años de migración, en la normalidad hay un promedio de 6.48 años de migración, en la obesidad hay un promedio de 4 años de migración y con sobrepeso hay un promedio de 6.5 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas porque el valor de la **PROBABILIDAD** es 0.5426 lo cual es mayor a 0,05 por lo tanto no existe relación entre estado nutricional y años de migración.

GRAFICO N° 28: Estado Nutricional IMC//EDAD según cambio en la alimentación

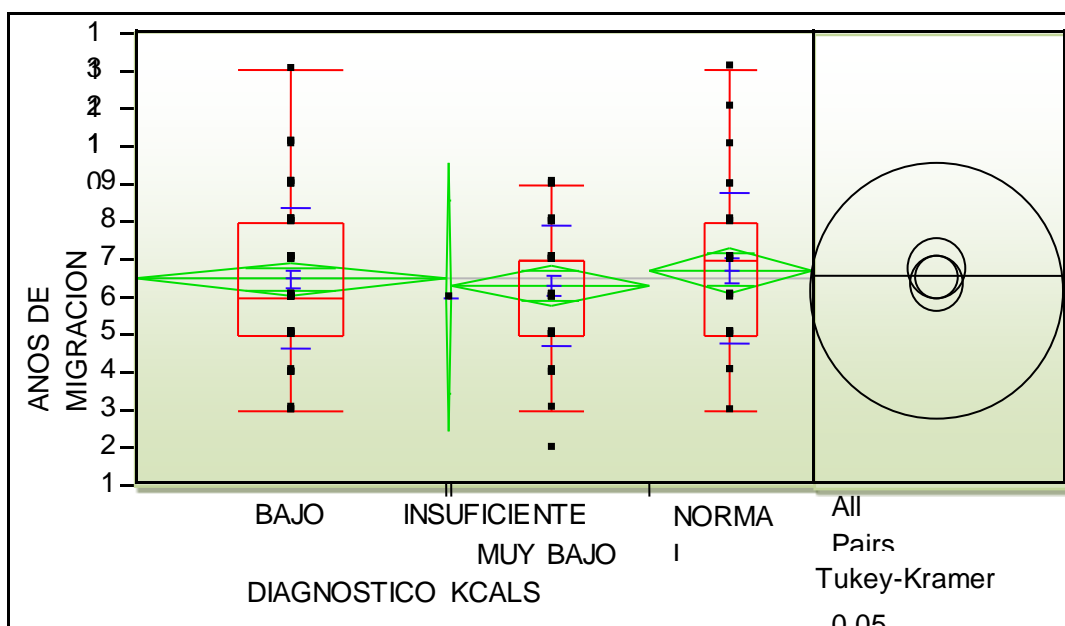


CAMBIO EN LA ALIMENTACION	DELGADEZ SEVERA	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	TOTAL
EMPEORADO	3 2.04	82 55.78	1 0.68	11 7.48	97 65.99
IGUAL	0 0.00	46 31.29	0 0.00	3 2.04	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	1 0.68	0 0.00	0 0.00	1 0.68
TOTAL	3 2.04	129 87.76	1 0.68	14 9.52	147
PROBABILIDAD	0.7534				

Al analizar estado nutricional IMC//EDAD con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 55.78% de probabilidad de encontrar con IMC normal y que su alimentación a empeorado frente a un 31.29% su alimentación es igual, un 7.48% de probabilidad de encontrar con IMC en sobrepeso y su alimentación ha empeorado frente a un 2.04% que su alimentación es igual. Estas diferencias

no son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0,05 por lo tanto no existe relación entre estado nutricional y cambio en la alimentación.

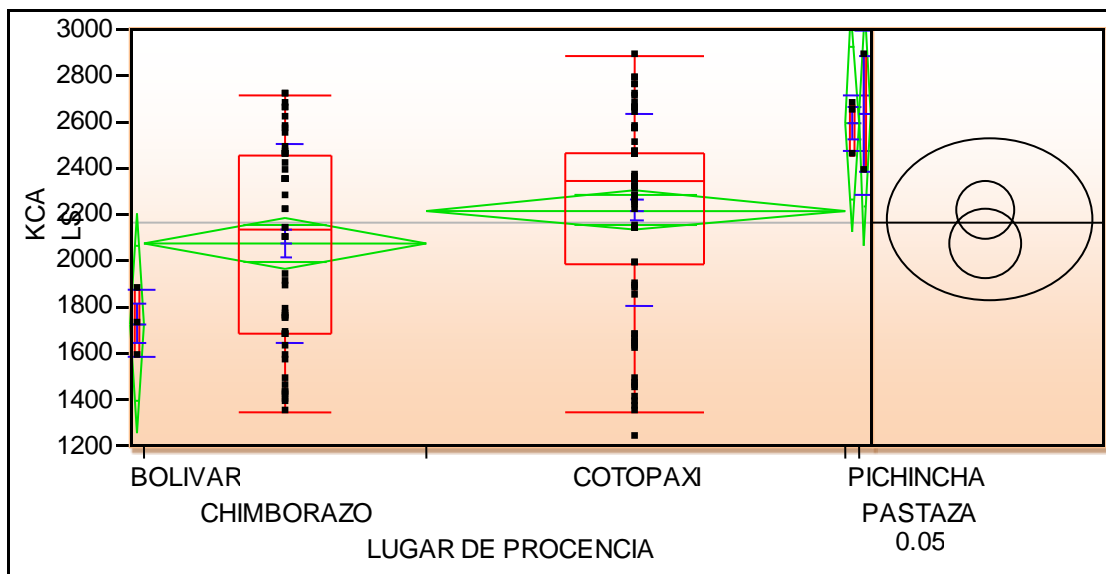
GRAFICO N° 29: Diagnostico de consumo de energía según años de migración



CONSUMO DE KCALS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BAJO	68	6.48529	1.85676
INSUFICIENTE	1	6.00000	.
MUY BAJO	43	6.30233	1.62620
NORMAL	35	6.71429	1.96396
PROBABILIDAD	0.7857		

Al analizar diagnostico de consumo de calorías con años de migración tenemos diferencias con un consumo bajo de calorías tenemos un promedio de 6.48 años de migración, con un consumo insuficiente de calorías tenemos un promedio 6 años de migración, con un consumo muy bajo de calorías tenemos un promedio de 6,30 años de de migración y con un consumo normal de calorías tenemos un promedio de 6.71 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.7857 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de calorías y años de migración.

GRAFICO N° 30: Consumo de energía según provincia de procedencia

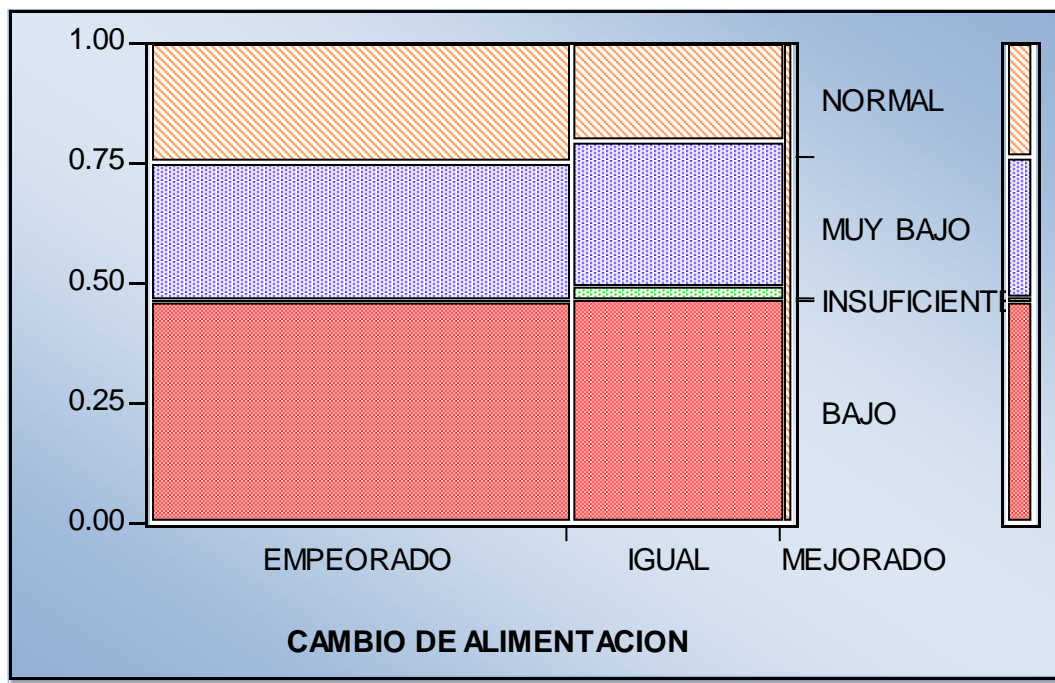


PROVINCIA DE PROCEDENCIA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BOLIVAR	3	1730.00	145.000
CHIMBORAZO	56	2073.61	427.281
COTOPAXI	83	2219.54	411.772
PICHINCHA	3	2593.00	119.787
PASTAZA	2	2639.50	354.260
PROBABILIDAD		0.0117	

Al analizar consume de calorías con provincia de procedencia tenemos diferencia en la provincia de Bolívar tenemos un consumo de calorías un promedio de 1730, en la provincia de Chimborazo tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2073, en la provincia de Cotopaxi tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2219.54, en la provincia de Pichincha tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2593, en la provincia de Pastaza tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2639. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.0117 lo que es menor a 0.05 por lo tanto si existe relación entre consumo de calorías y provincia de procedencia.

GRAFICO Nº 31: Diagnostico de consumo de calorías según cambio en la alimentación

DIAGNOSTICO KCALS

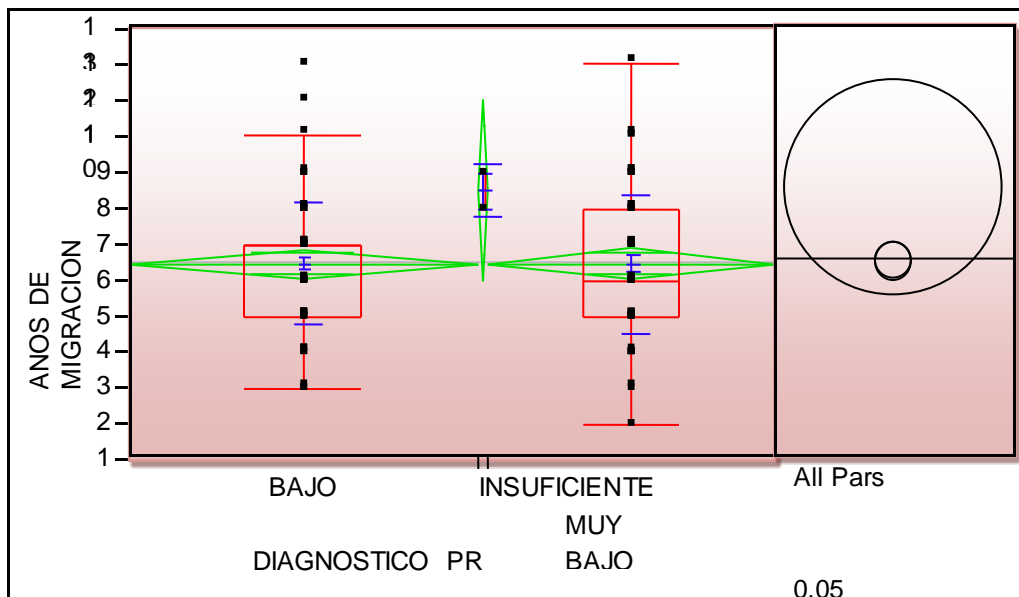


CAMBIO EN LA ALIMENTACION	BAJO	INSUFICIENTE	MUY BAJO	NORMAL	TOTAL
EMPEORADO	45 30.61	0 0.00	28 19.05	24 16.33	97 65.99
IGUAL	23 15.65	1 0.68	15 10.20	10 6.80	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.68	1 0.68
TOTAL	68 46.26	1 0.68	43 29.25	35 23.81	147
PROBABILIDAD	0.4805				

Al analizar diagnostico de consumo de calorías con cambio en la alimentación tenemos diferencias un 30.61% de probabilidad de encontrar con un consumo bajo de calorías y su alimentación ha empeorado frente a un 15.65% que su alimentación es igual, un 19.05% de probabilidad de encontrar con un consumo muy bajo de calorías y su alimentación ha empeorado frente a un 10.20% que

su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnóstico de consumo de calorías y cambio en la alimentación.

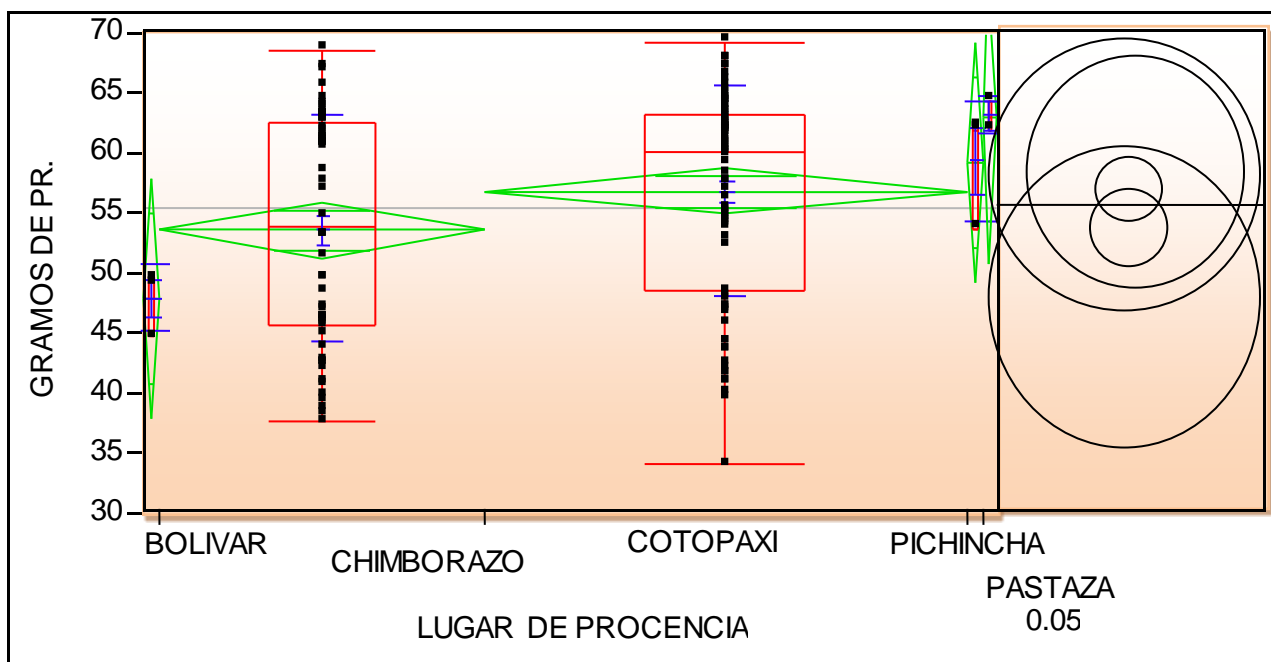
GRAFICO N° 32: Diagnostico de consumo de proteínas según años de migración



CONSUMO DE PROTEINAS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BAJO	80	6.46250	1.69843
INSUFICIENTE	2	8.50000	0.70711
MUY BAJO	65	6.44615	1.93674
PROBABILIDAD		0.2841	

Al analizar diagnostico de consumo de proteínas con años de migración tenemos diferencias con un consumo bajo de proteínas tenemos un promedio de 6.46 años de migración, con un consumo insuficiente de proteínas tenemos un promedio 8.5años de migración, con un consumo muy bajo de proteínas un promedio de 6,44 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.2841 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de proteínas y años de migración.

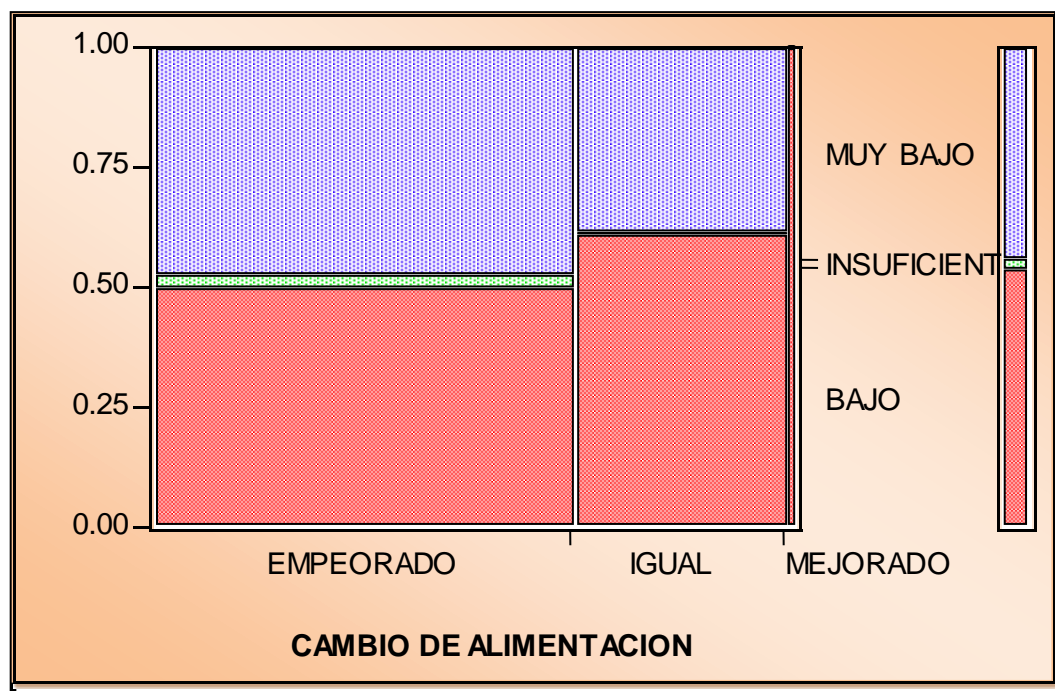
GRAFICO N° 33: Consume de proteínas según provincia de procedencia



PROVINCIA DE PROCEDENCIA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BOLIVAR	3	47.8800	2.66376
CHIMBORAZO	56	53.6210	9.35802
COTOPAXI	83	56.8030	8.65468
PICHINCHA	3	59.2560	4.86573
PASTAZA	2	63.0720	1.73100
PROBABILIDAD	0.0770		

Al analizar consumo de proteínas con provincia de procedencia tenemos que en la provincia de Bolívar un promedio de consumo de 47.8 gramos de proteína, en la provincia de Chimborazo un promedio de consumo de 53.62 gramos de proteína, en la provincia de Cotopaxi un promedio de consumo de 56.80 gramos de proteína, en la provincia de Pichincha un promedio de consumo de 59.25 gramos de proteína, en la provincia de Pastaza un promedio de consumo de 63.07 gramos de proteína. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.0770 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre consumo de proteínas y provincia de procedencia.

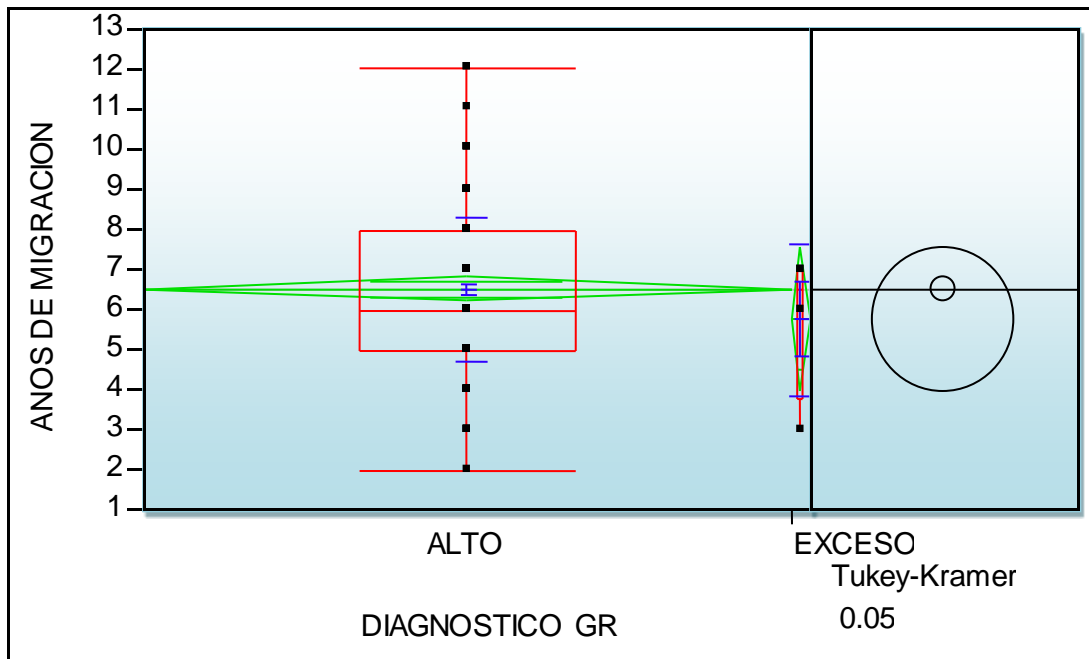
GRAFICO N° 34: Diagnostico de consumo de proteínas según cambio en la alimentación



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	BAJO	INSUFICIENTE	MUY BAJO	TOTAL
EMPEORADO	49 33.33	2 1.36	46 31.29	97 65.99
IGUAL	30 20.41	0 0.00	19 12.93	49 33.33
MEJORADO	1 0.68	0 0.00	0 0.00	1 0.68
TOTAL	80 54.42	2 1.36	65 44.22	147
PROBABILIDAD	0.5417			

Al analizar diagnostico de consumo de proteínas con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 33.33% de probabilidad de encontrar con un consumo bajo de proteínas y su alimentación ha mejorado frente a un 20.41% que su alimentación es igual, con un 31.12% de encontrar con un consumo muy bajo de proteínas y su alimentación ha empeorado frente a un 12.93% que su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de proteínas y cambio en la alimentación.

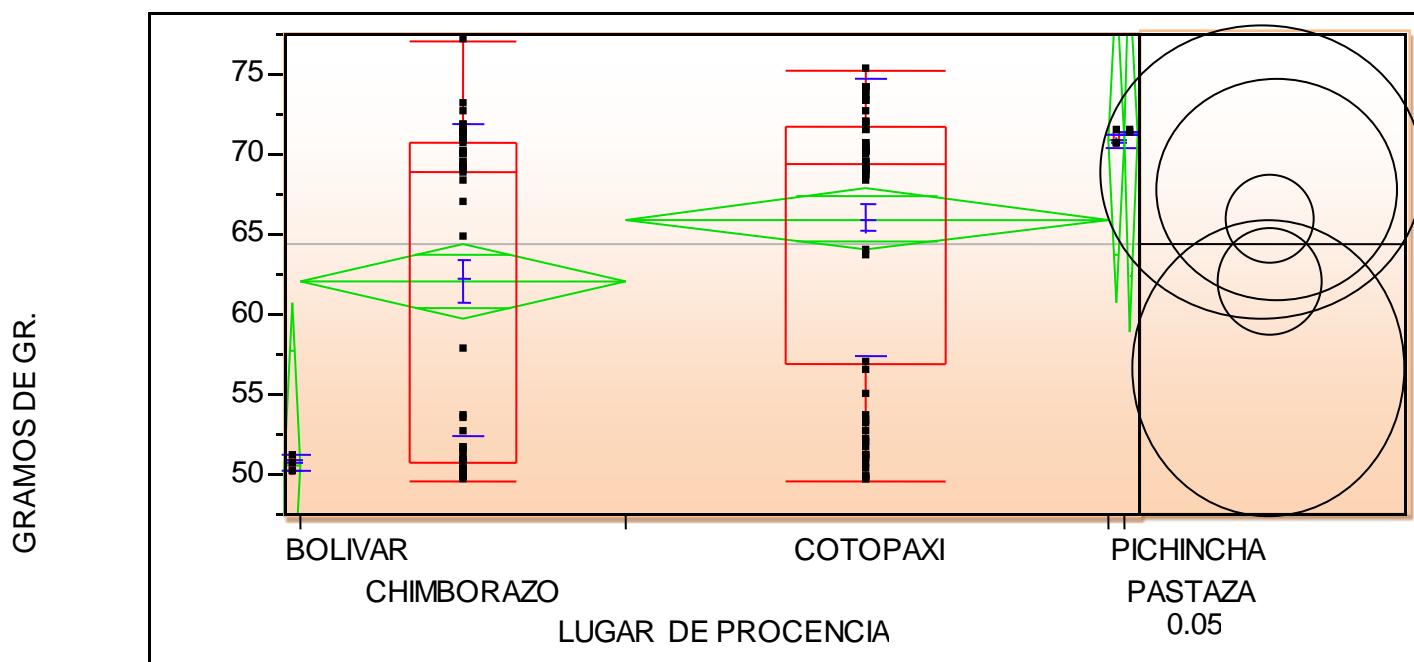
GRAFICO N° 35: Diagnostico de consumo de grasa según años de migración



CONSUMO DE GRASA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
ALTO	143	6.50350	1.80716
EXCESO	4	5.75000	1.89297
PROBABILIDAD		0.4126	

Al analizar diagnostico de consumo de grasas con años de migración tenemos diferencias con un consumo alto de grasas tenemos un promedio de 6.50años de migración, con un consumo excesivo de grasas tenemos un promedio 5.57años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.4126 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de grasas y años de migración.

GRAFICO N° 36: Consumo de grasas según provincia de procedencia

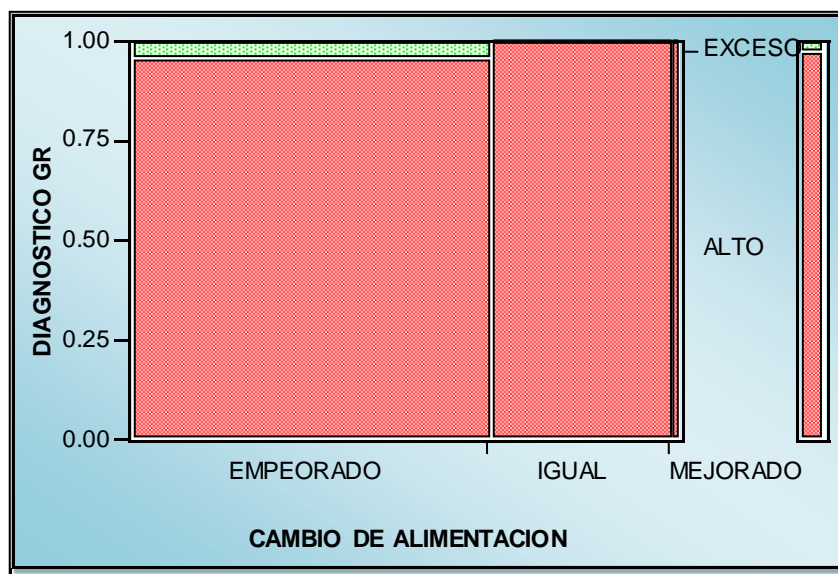


PROVINCIA DE PROCEDENCIA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BOLIVAR	3	50.5720	0.56400
CHIMBORAZO	56	62.1179	9.76827
COTOPAXI	83	65.9738	8.54481
PICHINCHA	3	70.8500	0.45500
PASTAZA	2	71.2725	0.13789
PROBABILIDAD			0.0037

Al analizar consumo de grasas con provincia de procedencia tenemos diferencia en la provincia de Bolívar hay un consumo de grasas con un promedio de 50.57gr de grasa, en la provincia de Chimborazo hay un consumo de grasas con un promedio de 62.11 gr de grasa, en la provincia de Cotopaxi hay un consumo de grasas con un promedio de 65.97 gr de grasa, en la provincia de Pichincha hay un consumo de grasas con un promedio de 70.85gr de grasa, en la provincia de Pastaza hay un consumo de grasas con un promedio de 71.27 de grasa. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es

0.0037 lo que es menor a 0.05 por lo tanto si existe relación entre consumo de grasas y provincia de procedencia.

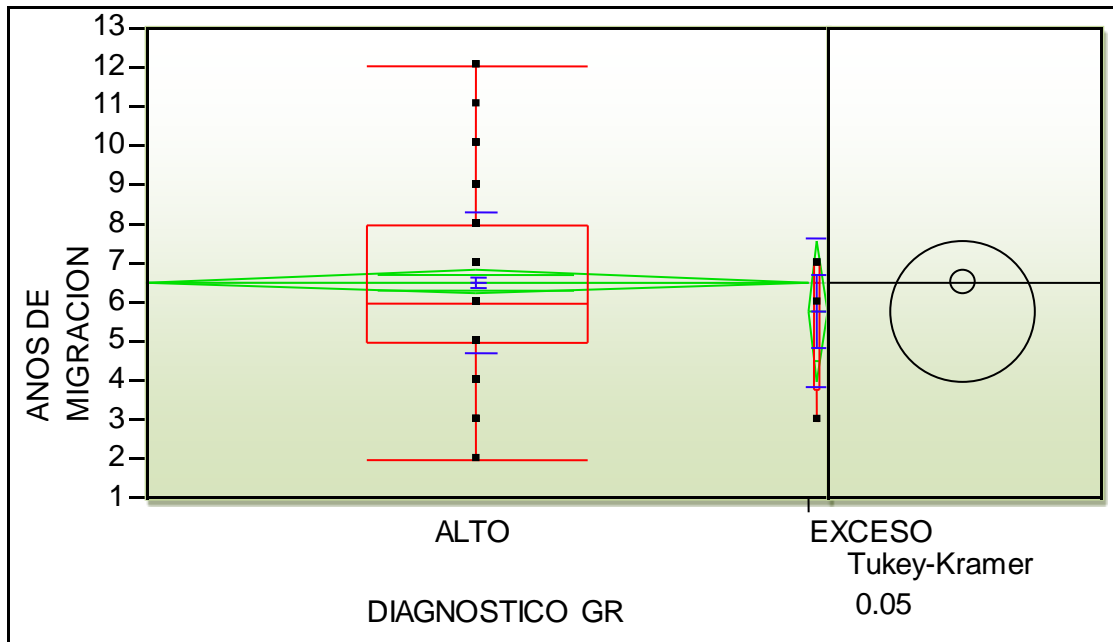
GRAFICO N° 37: Diagnostico de consumo de grasas según cambio en la alimentación



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	ALTO	EXCESO	TOTAL
EMPEORADO	93 63.27	4 2.72	97 65.99
IGUAL	49 33.33	0 0.00	49 33.33
MEJORADO	1 0.68	0 0.00	1 0.68
TOTAL	143 97.28	4 2.72	147
PROBABILIDAD	0.3465		

Al analizar diagnostico consumo de grasas con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 63.71% de probabilidad de encontrar con un consumo muy alto de grasas y su alimentación ha empeorado frente a un 33.33% y su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la probabilidades mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de grasas y cambio en la alimentación.

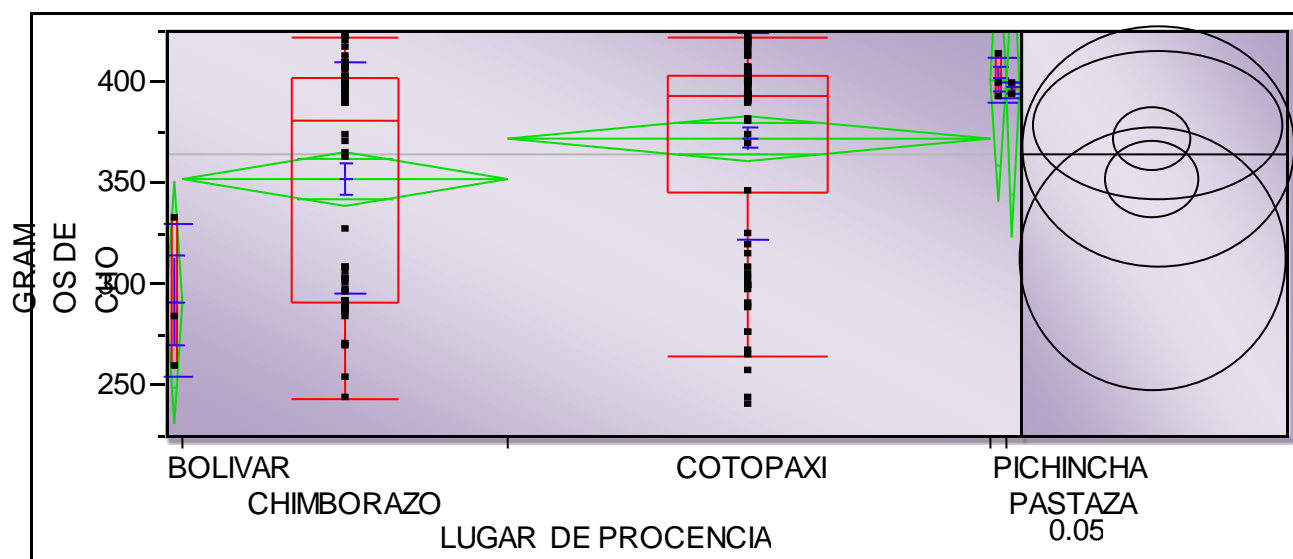
GRAFICO N° 38: Diagnostico de consumo de carbohidratos según años de migración



CONSUMO CHO	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
ALTO	120	6.57500	1.75213
BAJO	5	5.40000	2.40832
EXCESO	6	5.66667	1.03280
NORMAL	16	6.43750	2.18994
PROBABILIDAD		0.3445	

Al analizar diagnostico de consumo de carbohidratos con años de migración tenemos diferencias con un consumo alto de carbohidratos tenemos un promedio de 6.57 años de migración, con un consumo bajo de carbohidratos tenemos un promedio de 5.40 años de migración, con un consumo excesivo de carbohidratos tenemos un promedio 5.66 años de migración, con un consumo normal de carbohidratos tenemos un promedio de 6,43 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.3445 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico consumo de carbohidratos y años de migración.

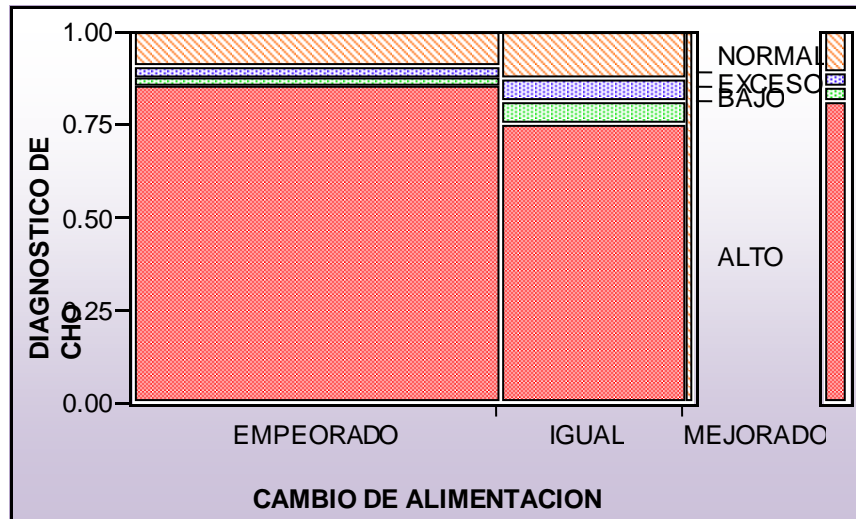
GRAFICO N 39: Consumo de carbohidratos según provincia de procedencia



PROVINCIA DE PROCEDENCIA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BOLIVAR	3	291.420	37.1790
CHIMBORAZO	56	352.204	56.8424
COTOPAXI	83	372.326	50.6636
PICHINCHA	3	401.203	10.7385
PASTAZA	2	396.455	3.9244
PROBABILIDAD		0.0143	

Al analizar consumo de carbohidratos con provincia de procedencia tenemos diferencia en la provincia de Bolívar hay un promedio de consumo de 291.42 gr de Carbohidratos, en la provincia de Chimborazo hay un promedio de consumo de 352.204 gr de Carbohidratos, en la provincia de Cotopaxi hay un promedio de consumo de 372.326 gr de Carbohidratos, en la provincia de Pichincha hay un promedio de consumo de 401.203gr de Carbohidratos, en la provincia de Pastaza hay un promedio de consumo de 396.455 gr de Carbohidratos, diferencias si son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.0143 que es menor a 0.05 por lo tanto si existe relación entre consumo de carbohidratos y provincia de procedencia.

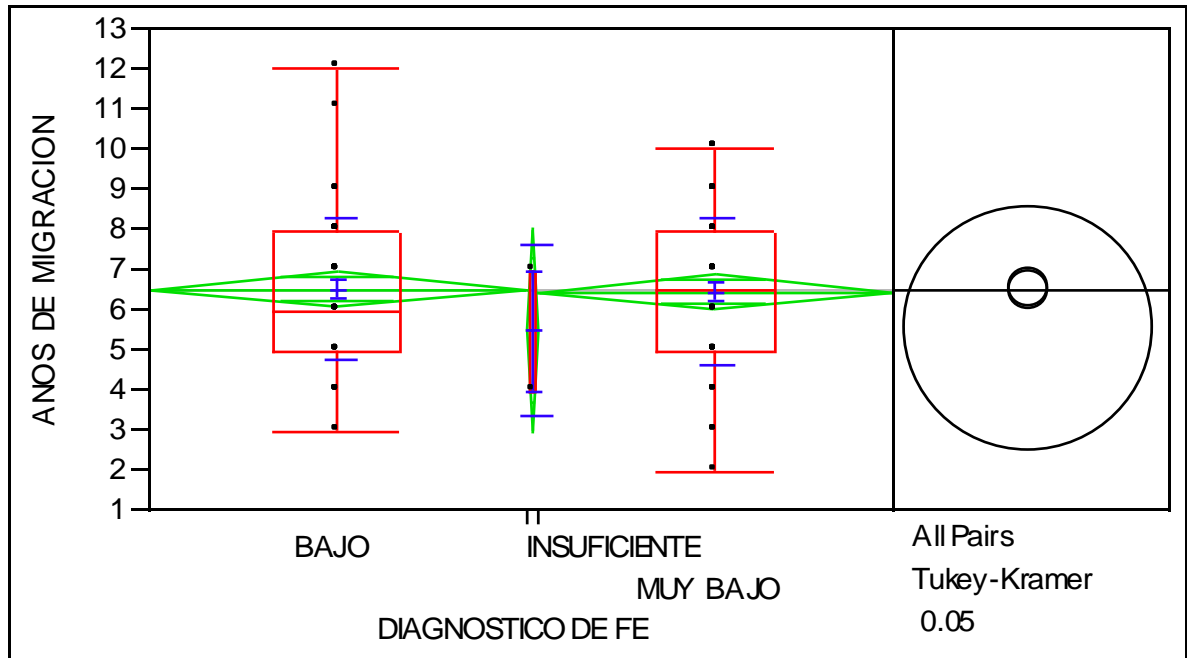
GRAFICO N° 40: Consumo de carbohidratos según cambio en la alimentación



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	ALTO	BAJO	EXCESO	NORMAL	TOTAL
EMPEORADO	83 56.46	2 1.36	3 2.04	9 6.12	97 65.99
IGUAL	37 25.17	3 2.04	3 2.04	6 4.08	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.68	1 0.68
TOTAL	120 81.63	5 3.40	6 4.08	16 10.88	147
PROBABILIDAD	0.0818				

Al analizar diagnostico de consumo de carbohidratos con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 56.465 de probabilidad de encontrar con un consumo alto de carbohidratos y su alimentación ha empeorado frente a un 25.17% que su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de carbohidratos y cambio en la alimentación.

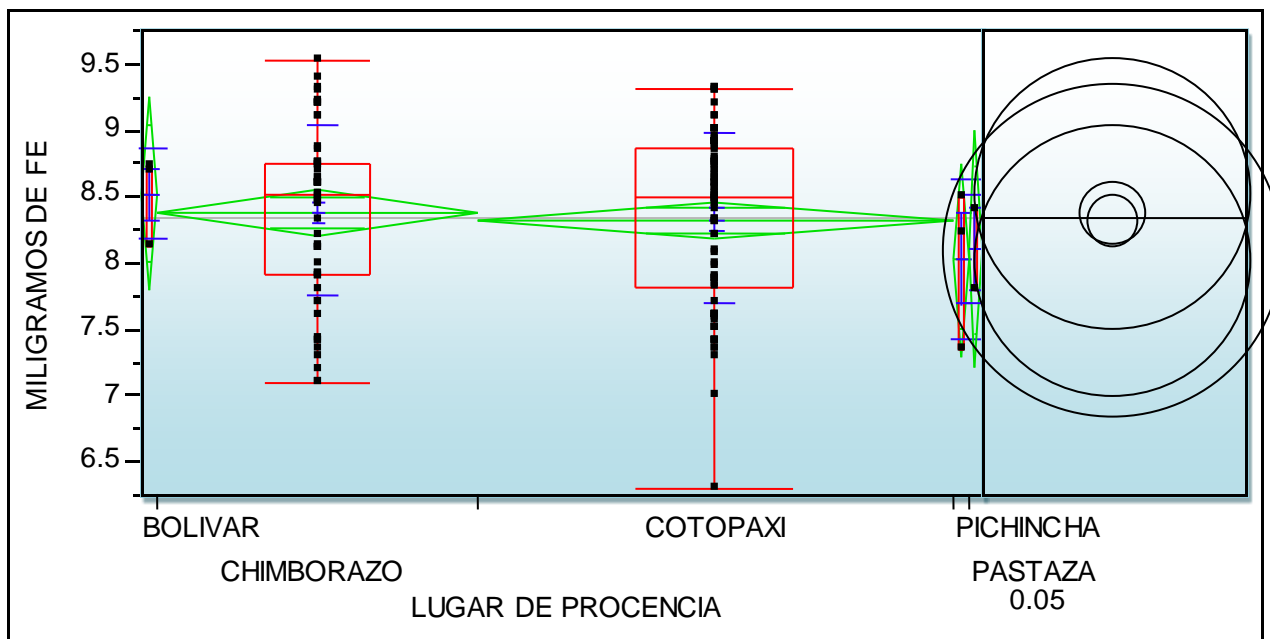
GRAFICO N° 41: Diagnostico de consumo de hierro según años de migración



CONSUMO DE HIERRO	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BAJO	75	6.53333	1.79589
INSUFICIENTE	2	5.50000	2.12132
MUY BAJO	70	6.45714	1.83118
PROBABILIDAD		0.7201	

Al analizar diagnostico de consumo de Hierro con anos de migración tenemos diferencias con un consumo bajo de hierro tenemos un promedio de 6.53 años de migración, con un consumo insuficiente de hierro tenemos un promedio 5.5 años de migración, con un consumo muy bajo de hierro tenemos un promedio de 6,45años de de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.7201 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de hierro y años de migración.

GRAFICO N° 42: Consumo de hierro según provincia de procedencia

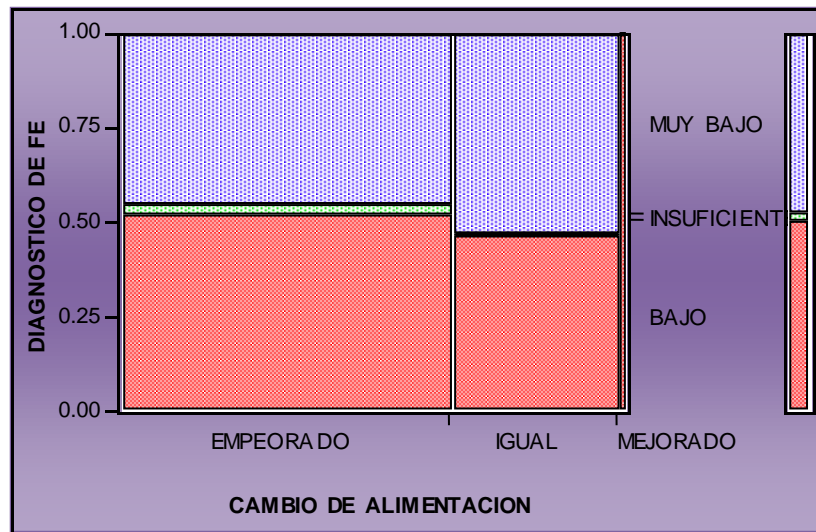


PROVINCIA DE PROCEDENCIA	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
BOLIVAR	3	8.52000	0.338083
CHIMBORAZO	56	8.37857	0.648933
COTOPAXI	83	8.32277	0.641563
PICHINCHA	3	8.02667	0.601360
PASTZA	2	8.10000	0.424264
PROBABAILIDAD		0.8255	

Al analizar consumo de hierro con provincia de procedencia tenemos diferencia en la provincia de Bolívar hay un promedio de consumo de 8.5 mg de hierro, en la provincia de Chimborazo hay un promedio de consumo de 8.37 mg de hierro, en la provincia de Cotopaxi hay un promedio de consumo de 8.32 mg de hierro, en la provincia de Pichincha hay un promedio de consumo de 8.02 mg de hierro, en la provincia de Pastaza hay un promedio de consumo de 8.1 mg de hierro, Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD**

es 0.8255 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre consumo de hierro y provincia de procedencia.

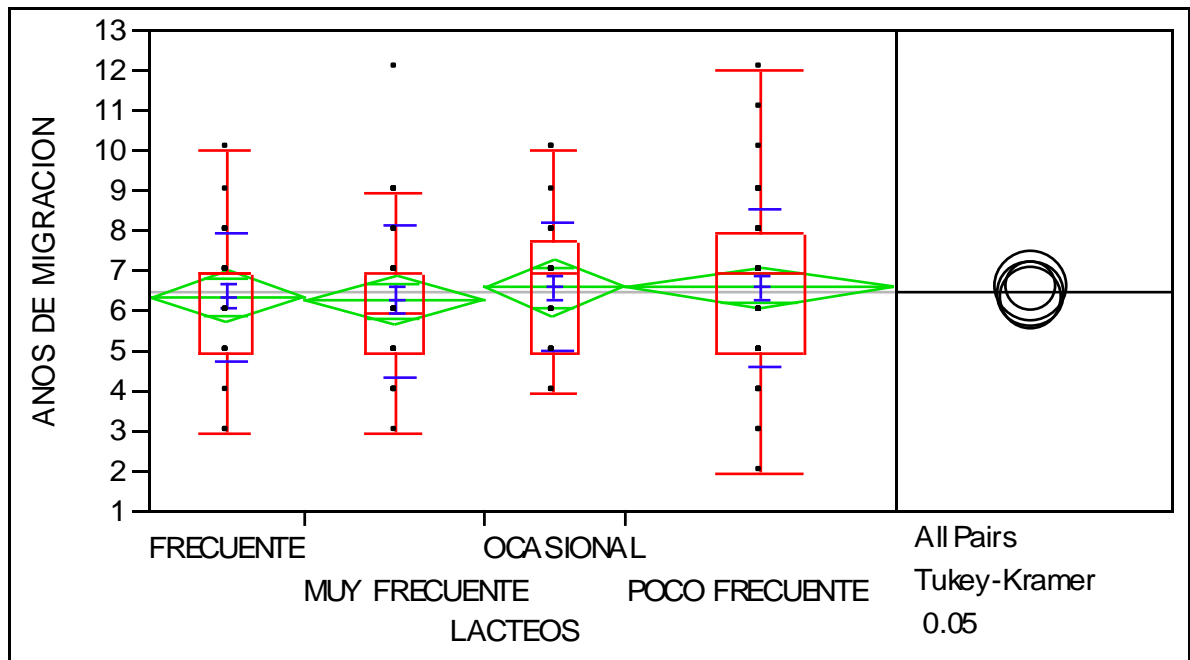
GRAFICO N° 43: Diagnostico de consumo de hierro según cambio en la alimentación



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	BAJO	INSUFICIENTE	MUY BAJO	TOTAL
EMPEORADO	51 34.69	2 1.36	44 29.93	97 65.99
IGUAL	23 15.65	0 0.00	26 17.69	49 33.33
MEJORADO	1 0.68	0 0.00	0 0.00	1 0.68
TOTAL	75 51.02	2 1.36	70 47.62	147
PROBABILIDAD				0.6282

Al analizar diagnostico de consumo de hierro con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 34.69% de probabilidad de encontrar con un consumo bajo de Hierro y su alimentación a empeorado frente a un 15.65% y su alimentación es igual, con un 29.925 de probabilidad de encontrar con un consumo muy bajo de hierro y su alimentación ha empeorado frente a un 17.69% y su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre diagnostico de consumo de hierro y cambio en la alimentación.

GRAFICO N° 44: Frecuencia de consumo de lácteos según años de migración

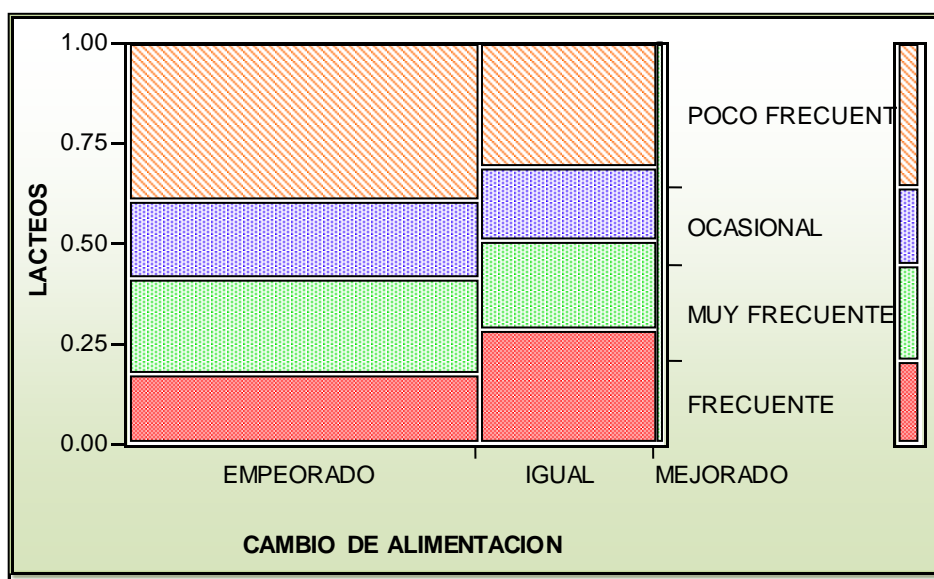


FRECUENCIA DE CONSUMO DE LACTEOS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
FRECUENTE	31	6.38710	1.60577
MUY FRECUENTE	35	6.28571	1.90312
OCASIONAL	28	6.60714	1.59488
POCO FRECUENTE	53	6.60377	1.98397
PROBABILIDAD	0.8348		

Al analizar frecuencia de consumo de lácteos con años de migración tenemos diferencias con un consumo frecuente de lácteos tenemos un promedio de 6.38 años de migración, con un consumo muy frecuente de lácteos tenemos un promedio de 6.28 años de migración, con un consumo ocasional de lácteos tenemos un promedio 6.60 años de migración, con un consumo poco frecuente de lácteos tenemos un promedio de 6.60 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es

0.8348 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de lácteos y años de migración.

GRAFICO N° 45: Frecuencia de consumo de lácteos según cambio en la alimentación

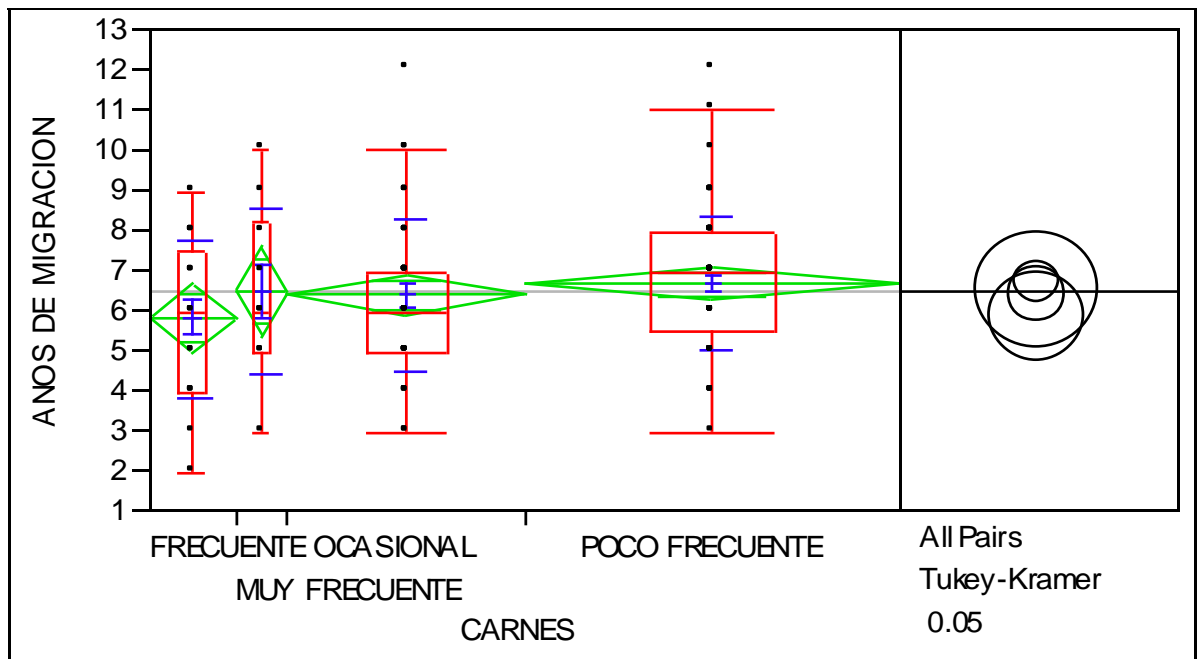


CAMBIO EN LA ALIMENTACION	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	OCASIONAL	POCO FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	17 11.56	23 15.65	19 12.93	38 25.85	97 65.99
IGUAL	14 9.52	11 7.48	9 6.12	15 10.20	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	1 0.68	0 0.00	0 0.00	1 0.68
TOTAL	31 21.09	35 23.81	28 19.05	53 36.05	147
PROBABILIDAD	0.4443				

Al analizar frecuencia de consumo de lácteos con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 25.85% de probabilidad de encontrar con un consumo poco frecuente de lácteos y su alimentación ha empeorado frente a un 10.20% y su alimentación es igual, con un 12.93% con un consumo ocasional de lácteos y su alimentación ha empeorado frente a un 6.12% y su alimentación es igual. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que la

probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia consumo de lácteos y cambio en la alimentación.

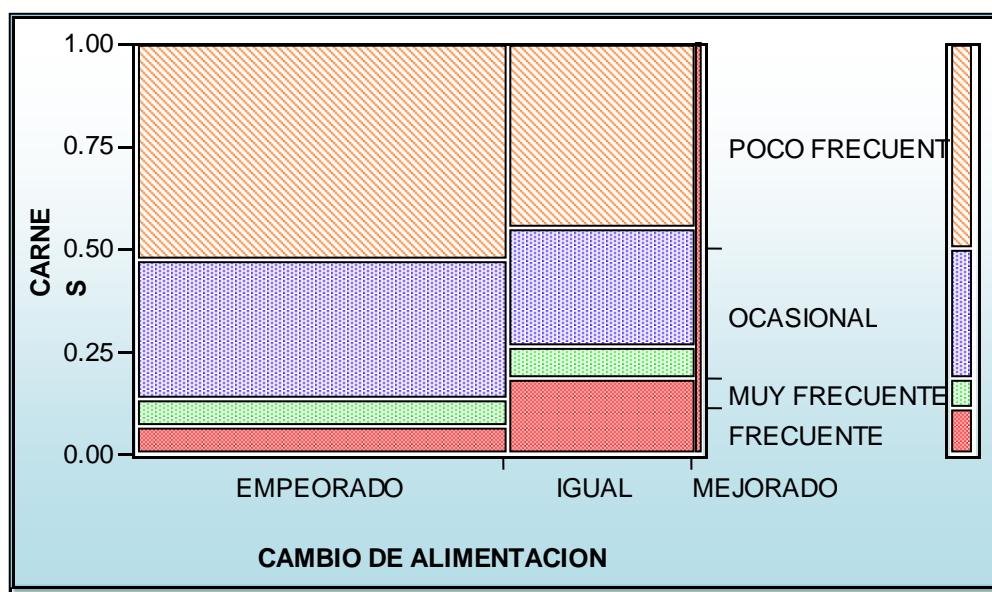
GRAFICO N° 46: Frecuencia de consumo de carnes según años de migración



Al analizar frecuencia de consumo de carnes con años de migración tenemos diferencias con un consumo frecuente de carnes tenemos un promedio de 5.82años de migración, con un consumo muy frecuente de carnes tenemos un promedio de 6.50añosde migración, con un consumo ocasional de carnes tenemos un promedio 6.40 años de migración, con un consumo poco frecuente tenemos un promedio de 6,68años de de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.3551 lo que es

mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de carnes y años de migración.

GRAFICO N° 47: Frecuencia de consumo de carnes según cambio en la alimentación

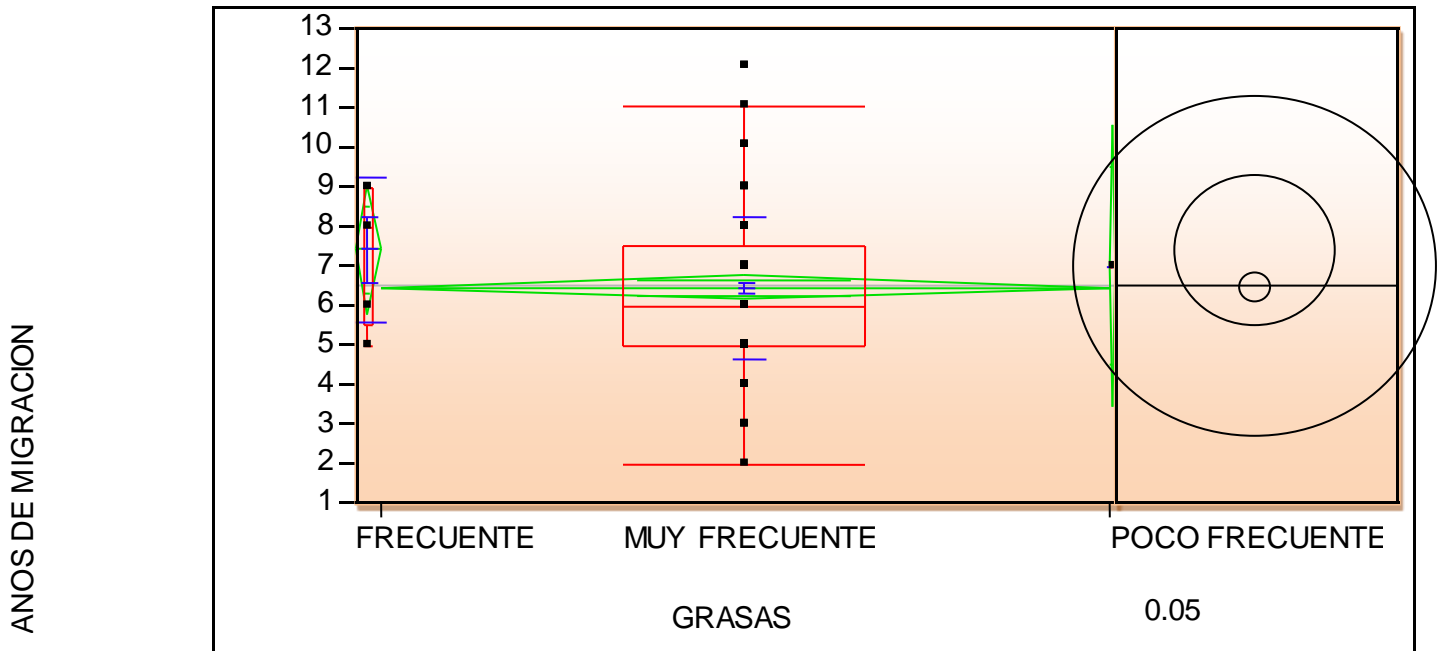


PROBABILIDAD= 0.0403

CAMBIO EN LA ALIMENTACION	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	OCASIONAL	POCO FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	7 4.76	6 4.08	33 22.45	51 34.69	97 65.99
IGUAL	9 6.12	4 2.72	14 9.52	22 14.97	49 33.33
MEJORADO	1 0.68	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.68
TOTAL	17 11.56	10 6.80	47 31.97	73 49.66	147

Al analizar consumo de carnes con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 22.45% de probabilidad de encontrar con un consumo ocasional de carnes y su alimentación ha empeorado frente a un 9.52% y su alimentación es igual, con un 34.69% de probabilidad de encontrar con un consumo poco frecuente de carnes y su alimentación ha empeorado frente a un 14.97% que su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es menor a 0.05 por lo tanto si existe relación entre frecuencia de consumo de carnes y cambio en la alimentación.

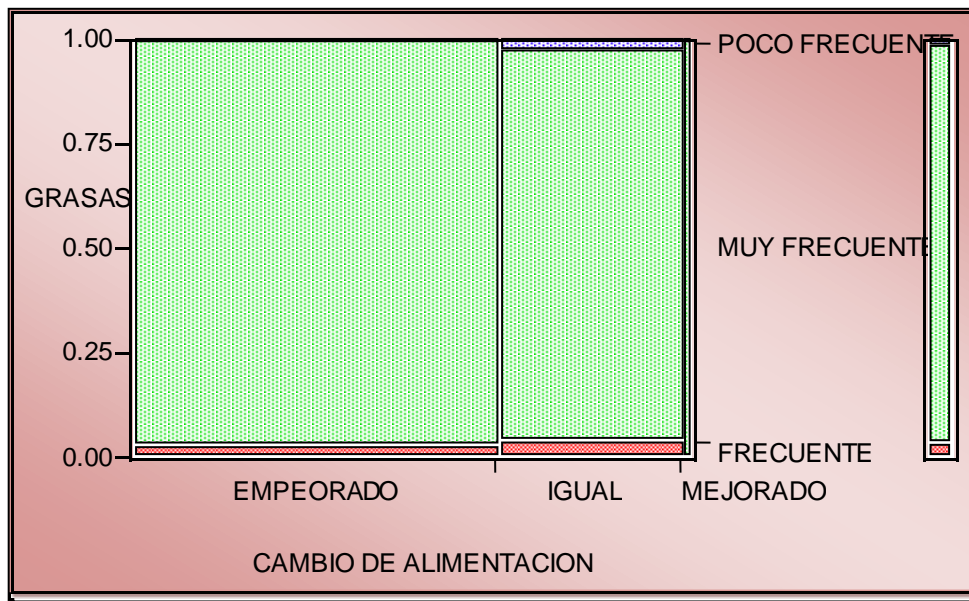
GRAFICO N° 48: Frecuencia de consumo de grasas según años de migración



FRECUENCIA DE CONSUMO DE GRASAS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
FRECUENTE	5	7.40000	1.81659
MUY FRECUENTE	141	6.44681	1.81039
POCO FRECUENTE	1	7.00000	.
PROBABILIDAD		0.4932	

Al analizar frecuencia de consumo de grasas con años de migración tenemos diferencias con un consumo frecuente de grasas tenemos un promedio de 7.4 años de migración, con un consumo muy frecuente de grasas tenemos un promedio de 6.44 años de migración, con un consumo poco frecuente tenemos un promedio 7 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.4932 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de grasas y años de migración.

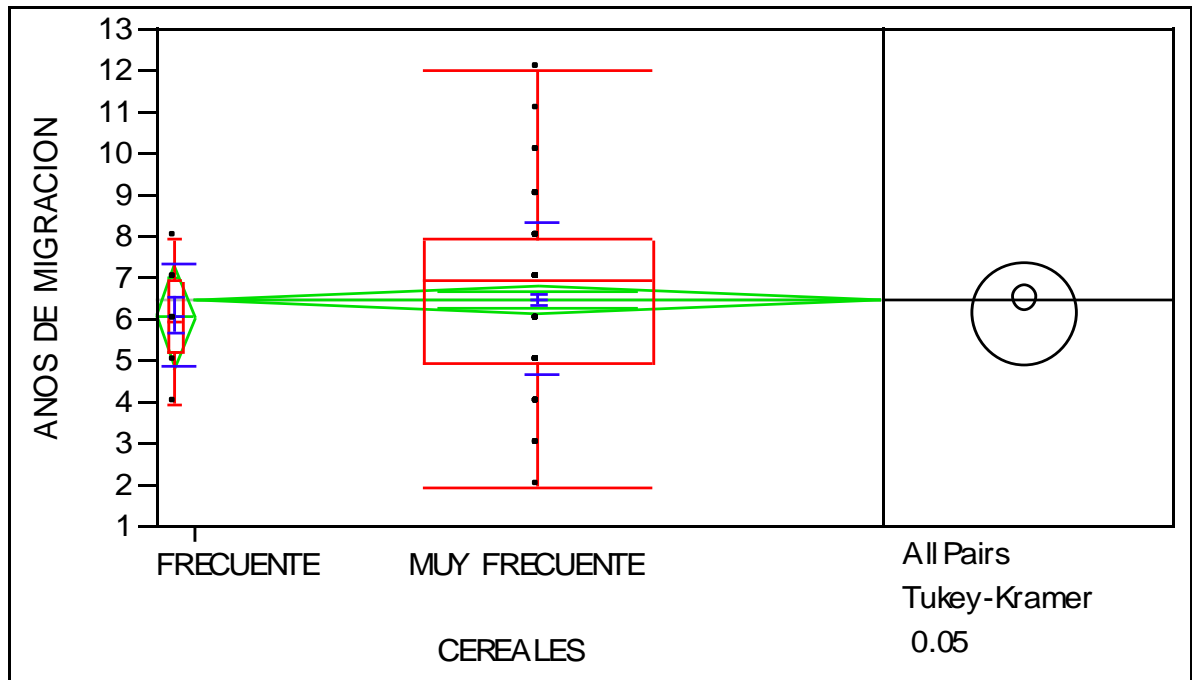
GRAFICO N° 49: Frecuencia de consumo de grasas según cambio en la alimentación



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	3 2.04	94 63.95	0 0.00	97 65.99
IGUAL	2 1.36	46 31.29	1 0.68	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	1 0.68	0 0.00	1 0.68
TOTAL	5 3.40	141 95.92	1 0.68	147
PROBABILIDAD		0,7062		

Al analizar consumo de grasas con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 63.95% de probabilidad de encontrar con un consumo de grasas muy frecuente y su alimentación ha empeorado frente a un 31.29% y su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de grasas y cambio en la alimentación

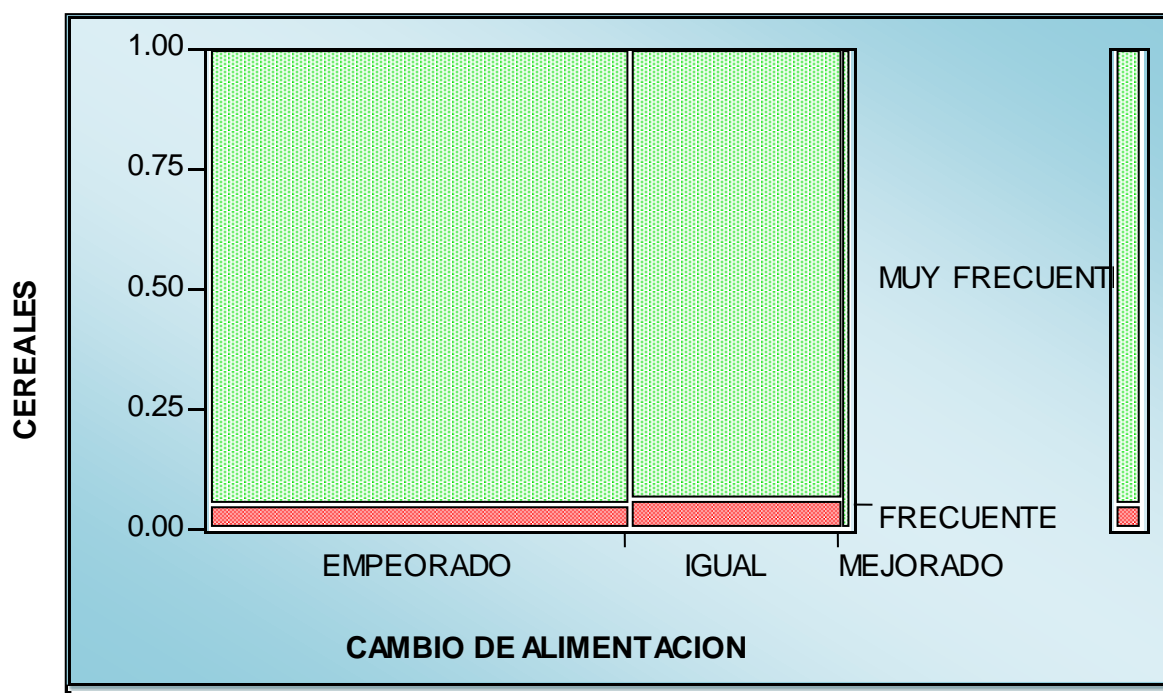
GRAFICO N° 50: Frecuencia de consumo de cereales según años de migración



FRECUENCIA DE CONSUMO DE CEREALES	NUMERO	PROMEDIO	STD DEV
FRECUENTE	8	6.12500	1.24642
MUY FRECUENTE	139	6.50360	1.83514
PROBABALIDAD	0.5662		

Al analizar frecuencia de consumo de cereales con años de migración tenemos diferencias con un consumo frecuente de cereales tenemos un promedio de 6.12años de migración, con un consumo muy frecuente de cereales tenemos un promedio de 6.50 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.5662 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de cereales y años de migración.

GRAFICO N 51: Frecuencia de consumo de cereales según cambio en al alimentación

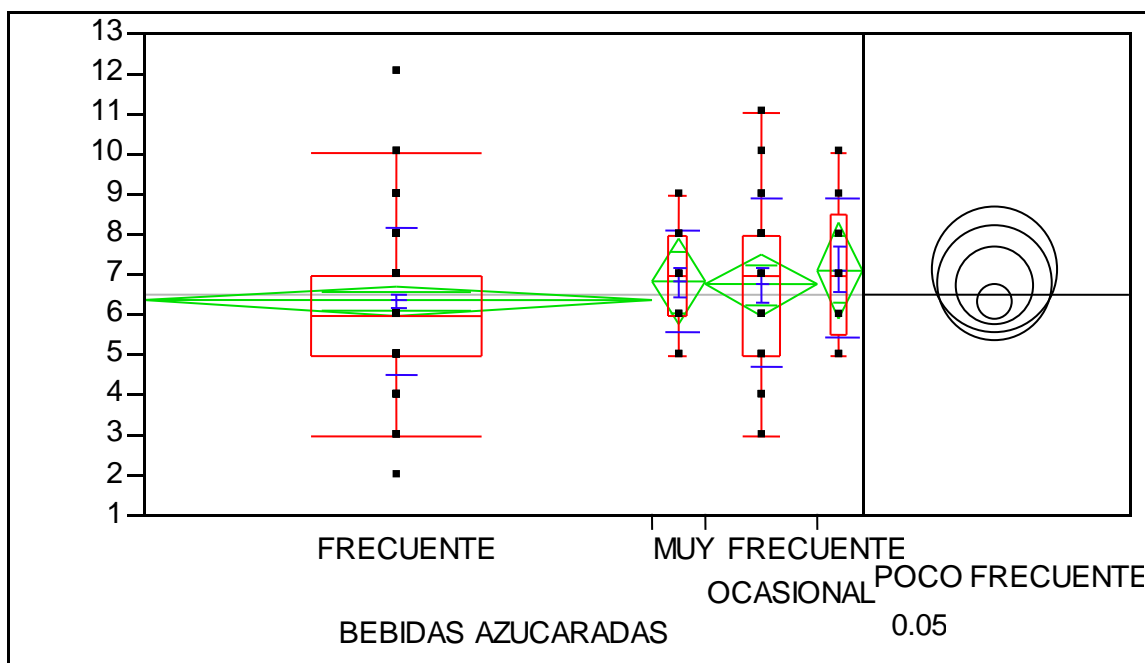


CAMBIO EN LA ALIMENTACION	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	5 3.40	92 62.59	97 65.99
IGUAL	3 2.04	46 31.29	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	1 0.68	1 0.68
TOTAL	8 5.44	139 94.56	147
PROBABAILIDAD		0.9431	

Al analizar consumo de cereales con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 62.59% de probabilidad de encontrar con un consumo muy frecuente de cereales y su alimentación ha empeorado frente a un 31.29% y su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de cereales y cambio en la alimentación.

GRAFICO N° 52: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas según de migración

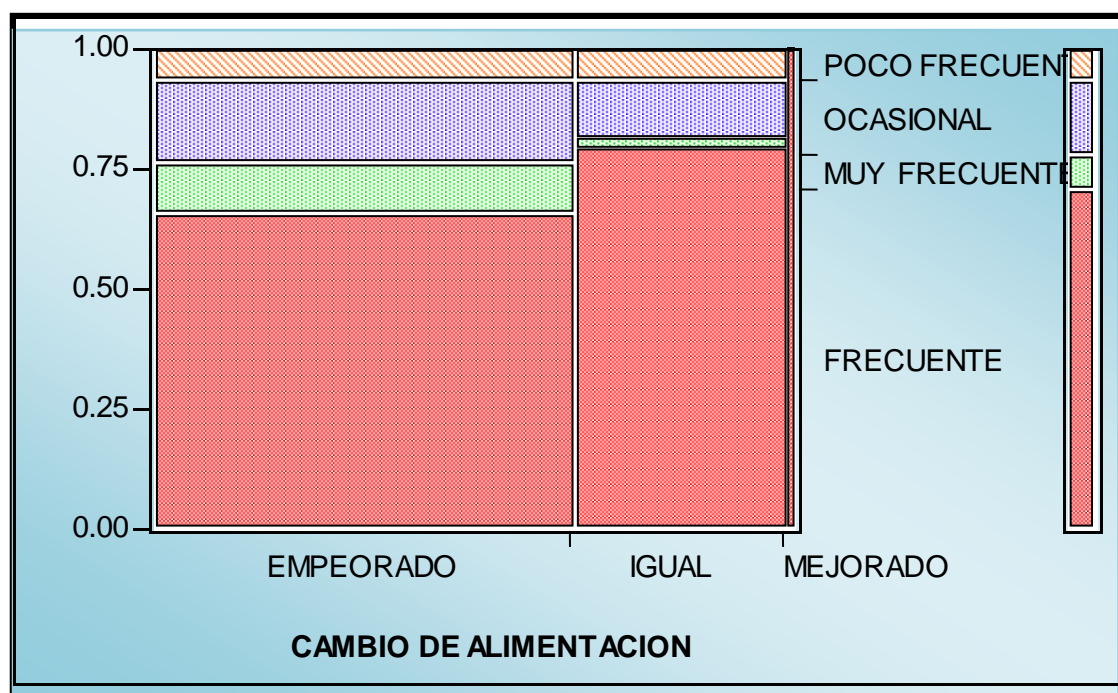
ANOS DE MIGRACION



FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
FRECUENTE	104	6.33654	1.80404
MUY FRECUENTE	11	6.81818	1.25045
OCASIONAL	23	6.73913	2.07183
POCO FRECUENTE	9	7.11111	1.69148
PROBABILIDAD	0.4593		

Al analizar frecuencia de consumo de bebidas azucaradas con años de migración tenemos diferencias con un consumo frecuente de bebidas azucaradas tenemos un promedio de 6.33 años de migración, con un consumo muy frecuente de bebidas azucaradas tenemos un promedio de 7.11 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.4593 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de bebidas azucaradas y años de migración.

GRAFICO N° 53: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas según cambio en la alimentación

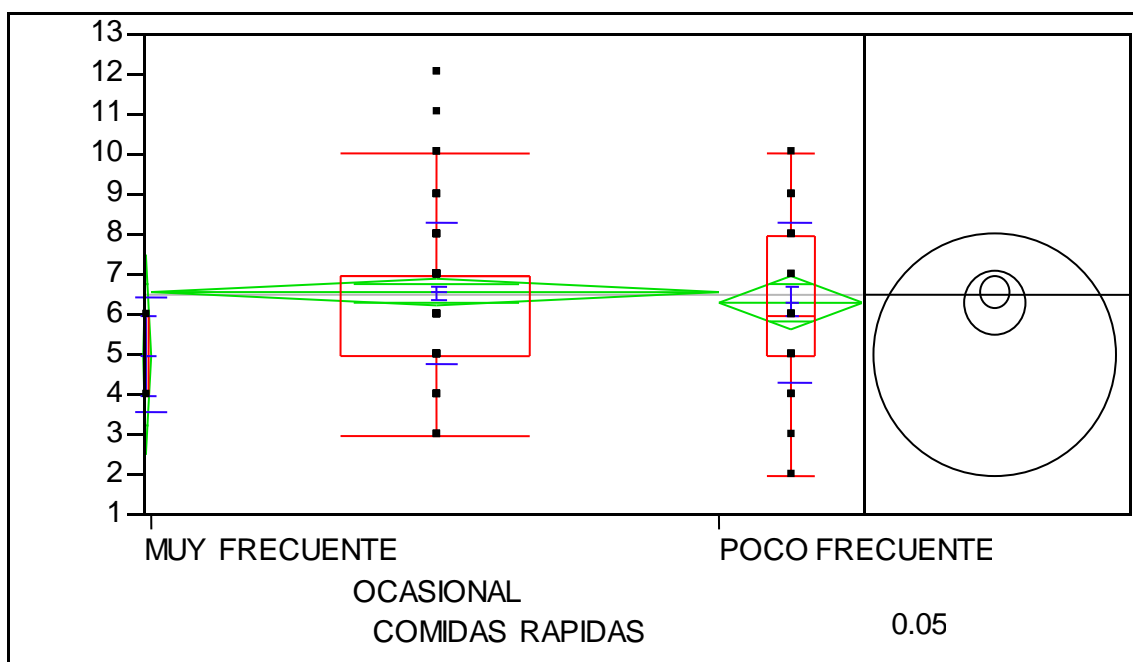


CAMBIO EN LA ALIMENTACION	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	OCASIONAL	POCO FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	64 43.54	10 6.80	17 11.56	6 4.08	97 65.99
IGUAL	39 26.53	1 0.68	6 4.08	3 2.04	49 33.33
MEJORADO	1 0.68	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.68
PROBABILIDAD		0.5666			

Al analizar consumo de bebidas azucaradas con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 43.54% de probabilidad de encontrar con un consumo frecuente de bebidas azucaradas y su alimentación ha empeorado frente a un 26.53% y su alimentación es igual, con un 6,80% de probabilidad de encontrar con un consumo muy frecuente y su alimentación ha empeorado frente a un 0.68% y su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación

entre frecuencia de consumo de bebidas azucaradas y cambio en la alimentación.

GRAFICO N° 54: Frecuencia de consumo de comidas rápidas según años de migración

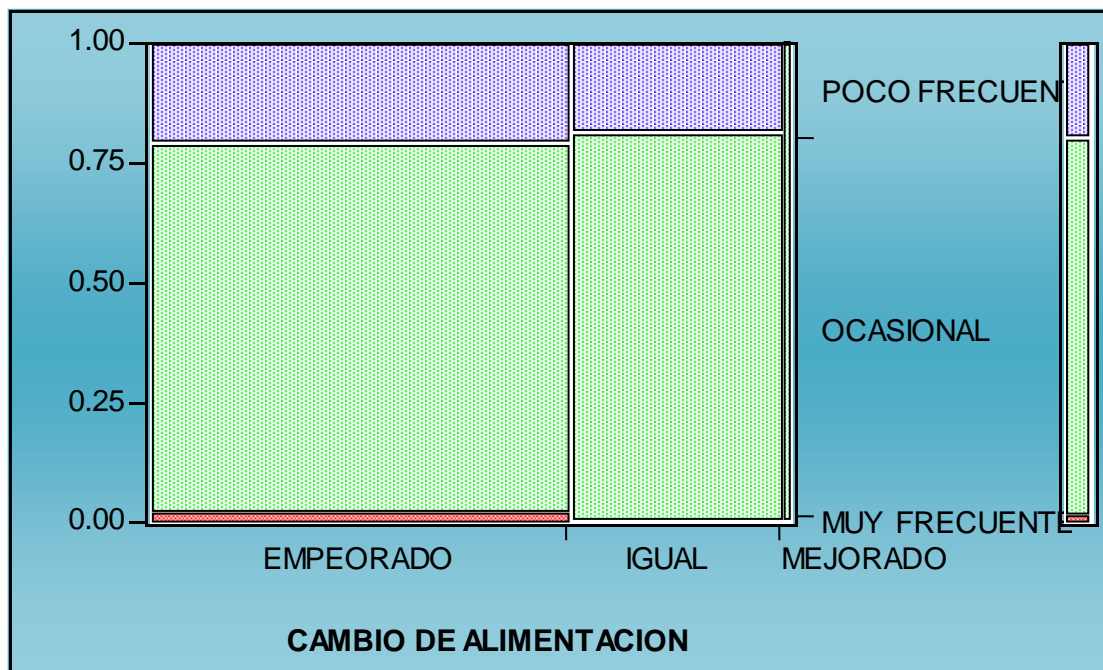


FRECUENCIA DE CONSUMO DE COMIDAS RAPIDAS	NUMERO	PROMEDIO	Std Dev
MUY FRECUENTE	2	5.00000	1.41421
OCASIONAL	116	6.55172	1.75621
POCO FRECUENTE	29	6.31034	2.01961
PROBABALIDAD	0,4135		

Al analizar frecuencia de consumo de comida rápidas con años de migración tenemos diferencias con un consumo muy frecuente de comida rápidas tenemos un promedio de 5 años de migración, con un consumo ocasional de comida rápida tenemos con un promedio de 6.55 años de migración, con un consumo poco frecuente de comida rápidas tenemos con un promedio 6.31 años de migración. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que **PROBABILIDAD** es 0.4135 lo que es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de comidas rápidas y años de migración.

GRAFICO N° 55: Frecuencia de consumo de comidas rápidas según cambio en la alimentación

COMIDAS RAPIDAS



CAMBIO EN LA ALIMENTACION	MUY FRECUENTE	OCASIONAL	POCO FRECUENTE	TOTAL
EMPEORADO	2 1.36	75 51.02	20 13.61	97 65.99
IGUAL	0 0.00	40 27.21	9 6.12	49 33.33
MEJORADO	0 0.00	1 0.68	0 0.00	1 0.68
TOTAL	2 1.36	116 78.91	29 19.73	147
PROBABILIDAD		0.8360		

Al analizar consumo de comidas rápidas con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 51.02% de probabilidad de encontrar con un consumo muy frecuente de comidas rápidas y su alimentación a empeorado frente a un 27.21% y su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es mayor a 0.05 por lo tanto no existe relación entre frecuencia de consumo de comidas rápidas y cambio en la alimentación.

VI. CONCLUSIONES

1. Al determinar características generales se encontró que el 55.78% son del sexo femenino y el 44.21% son del sexo masculino, con un promedio de edad de 9.1 años, el lugar de procedencia de mayor prevalencia con un 56.46% es de la provincia de Cotopaxi seguido de por Chimborazo con un 38.09%, se encontró que los años promedio de migración de su provincia de procedencia es de 6.48 años,
2. El nivel socioeconómico el 87.75% de la población es de estrato popular, el 7.48% son de estrato medio y el 4.76% son del estrato medio alto con un nivel de instrucción de las madres el 55, 12% no tienen Instrucción, el 19,04% de 4 a 6 grados de primaria y el 1,36% tiene instrucción superior.
3. Al determinar estado nutricional se encontró que el 87,75% de niños y niñas tienen IMC Normal, el 9,52% sobrepeso, el 2.04% delgadez severa y el 0.68% obesidad.
4. Al determinar anemia el 83.63% de niños y niñas tienen un hemoglobina Normal y el 16.32% tienen anemia.
5. Al determinar parasitosis se encontró que el 86.39% de niños y niñas presenta parasitosis, se encontró que el 46.35% presento EDAS y el 71.46% presento IRAS en los últimos 3 meses.
6. Al determinar si su alimentación a cambiado con respecto a su lugar de procedencia el 65.98% de la población cree que su alimentación ha empeorado, el 33.33% de la población cree que su alimentación es igual y el 0.68% cree que su alimentación a mejorado.

7. Al relacionar consumo de carbohidratos con provincia de procedencia tenemos diferencia en la provincia de Bolívar hay un promedio de consumo de 291.42 gr de Carbohidratos, en la provincia de Chimborazo hay un promedio de consumo de 352.204 gr de Carbohidratos, en la provincia de Cotopaxi hay un promedio de consumo de 372.326 gr de Carbohidratos, en la provincia de Pichincha hay un promedio de consumo de 401.203gr de Carbohidratos, en la provincia de Pastaza hay un promedio de consumo de 396.455 gr de Carbohidratos, si existe relación entre consumo de carbohidratos y provincia de procedencia.
8. Al relacionar consumo de grasas con provincia de procedencia encontramos que en la provincia de Bolívar hay un consumo de grasas con un promedio de 50.57gr de grasa, en la provincia de Chimborazo hay un consumo de grasas con un promedio de 62.11 gr de grasa, en la provincia de Cotopaxi hay un consumo de grasas con un promedio de 65.97 gr de grasa, en la provincia de Pichincha hay un consumo de grasas con un promedio de 70.85gr de grasa, en la provincia de Pastaza hay un consumo de grasas con un promedio de 71.27 de grasa, si existe relación entre consumo de grasas y provincia de procedencia.
9. Al relacionar consume de calorías con provincia de procedencia encontramos que en la provincia de Bolívar tenemos un consumo de calorías un promedio de 1730, en la provincia de Chimborazo tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2073, en la provincia de Cotopaxi tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2219.54, en la provincia de Pichincha tenemos un consumo de calorías con un

promedio de 2593, en la provincia de Pastaza tenemos un consumo de calorías con un promedio de 2639, si existe relación entre consumo de calorías y provincia de procedencia.

10. Al relacionar consumo de carbohidratos con provincia de encontramos en la provincia de Bolívar hay un promedio de consumo de 291.42 gr de Carbohidratos, en la provincia de Chimborazo hay un promedio de consumo de 352.204 gr de Carbohidratos, en la provincia de Cotopaxi hay un promedio de consumo de 372.326 gr de Carbohidratos, en la provincia de Pichincha hay un promedio de consumo de 401.203gr de Carbohidratos, en la provincia de Pastaza hay un promedio de consumo de 396.455 gr de Carbohidratos, si existe relación entre consumo de carbohidratos y provincia de procedencia.

11. Al analizar consumo de carnes con cambio en la alimentación tenemos diferencias con un 22.45% de probabilidad de encontrar con un consumo ocasional de carnes y su alimentación ha empeorado frente a un 9.52% y su alimentación es igual, con un 34.69% de probabilidad de encontrar con un consumo poco frecuente de carnes y su alimentación ha empeorado frente a un 14.97% que su alimentación es igual. Estas diferencias si son estadísticamente significativas ya que la probabilidad es menor a 0.05 por lo tanto si existe relación entre frecuencia de consumo de carnes y cambio en la alimentación.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar educación alimentario nutricional permanente con padres y personal del bar sobre las características de una alimentación adecuada para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas sobre todo en aquellos que presenta talla baja para la edad.
2. Dar a conocer a los niños y niñas la importancia de una alimentación adecuada.
3. Coordinar con las autoridades de la institución educativa para implementar nuevas estrategias de trabajo como clubs de nutrición con los niños y niñas en riesgo.
4. Se recomienda mantener un seguimiento periódico a través de la fundación Tierra Nueva en coordinación con los organismos de salud públicos de los niños y niñas intervenidos hasta después de que termine el programa de PRONIÑO.
5. Coordinar con la Fundación Tierra Nueva y el programa de PRONIÑO para realizar continuamente controles en salud integral y seguimiento por parte del equipo de salud para controlar EDAS e IRAS en los niños y niñas de la escuela “Transito Amaguaña”.
6. Desarrollar sistemas para el mejoramiento de la higiene personal y el control sanitario de los alimentos que se expenden en el bar de la escuela.
7. Trabajar conjuntamente con la Fundación Tierra Nueva para aplicar visitas domiciliarias, talleres de preparación de alimentos de manera continua a los niños y niñas en riesgo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. Marín, K.**Migración en Las Américas y el Mundo. (En Línea)

<http://es.scribd.com/doc/>

2012-10-23.

- a. **2. García, J.** Los cambios en el consumo alimentario. [En línea] <http://www.fundacioncajamar.es/>

2012-10-16.

- 3. Katz, E.** Emigración, transformaciones sociales y cambios culinarios en México. [En línea].

<http://aof.revues.org>

2012-10-22.

- 4. Conejo, A.** La identidad cultural y la migración. Una visión desde las experiencias de la Educación Intercultural Bilingüe en el Ecuador. [En línea]

<http://icci.nativeweb.org>

2012-10-22.

5. ECUADOR: DE RURAL A URBANO Y SU MIGRACIÓN.

[En línea].

<http://www.hoy.com.ec>

2012-10-22.

- 6. Uriarte, S.** Los hábitos Alimentarios [En línea].

<http://www.portalfitness.com/>

2012-10-22.

7. ALIMENTACIÓN DEL ESCOLAR. [En línea].

<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/nutricion/alimentacion-escolar/>

2012-10-22.

8. ALIMENTACIÓN DEL ESCOLAR Y PREESCOLAR.[En línea].

<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion>

2012-10-22.

9. Uriarte, S. Los hábitos Alimentarios [En línea].

<http://www.portalfitness.com/>

2012-10-22.

10.ALIMENTACIÓN (NIÑOS)

<http://www.nutriguia.net/alimentacion>

2012-10-22.

11.NECESIDADES NUTRICIONALES - ENERGÉTICAS.

<http://www.nestle.es/nutricion/>

2012-10-22.

12.ALIMENTACIÓN (ESCOLAR)

<http://www.nutriguia.net/alimentacion>

2012-10-23.

13.Rebollo, I.Nutrición saludable en el periodo preescolar

(3-6 años) y escolar (6-12 años).[En línea].

<http://sancyd.es/comedores/escolares/alimentacion>

2012-10-22.

14.Luca, M.Evaluación del estado nutricional [En línea].:

<http://www.inn.gob.>

2012-10-23.

15. Calderón, M. Requerimientos Nutricionales de los adolescentes.

<http://www.fedenador.org>.

2012-09-16

16. ANEMIA (NIÑOS)

<http://www.planetamama.com>

2012-09-16.

17. Ponce, J. La disminución de la hemoglobina en la infancia

puede acarrear consecuencias significativas para el
resto de la vida. [En línea].

<http://cyberpediatria.com>

2012-10-24.

18. PARASITOSIS INFANTIL

<http://radio.rpp.com>

2012-10-24.

19. NIÑEZ (ENFERMEDADES)

<http://html.rincondelvago.com>

2012-10-24.

20. VARIABLES RELACIONADAS CON LA SITUACIÓN

DEMOGRÁFICA Y LA MIGRACIÓN EN QUITO (En línea)

<http://www.dspace.espol.edu.ec>

2012-10-24

21. Gallegos, S. Técnicas Antropométricas y Control de

Calidad: Texto Básico Riobamba: ESPOCH 2007.

22. HEMOGLOBINA (ANÁLISIS DE SANGRE)

<http://kidshealth.org>

2012-10-24.

IX. ANEXOS

ANEXO N°1

Riobamba, Noviembre del 2012

Licenciada

Irma Gómez

Directora de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe “Transito Amaguaña”

Presente.

De nuestra consideración

A nombre de la Escuela de Nutrición y Dietética “Facultad de Salud Publica” de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo expresamos un cordial y respetuoso saludo deseándole el mejor de los éxitos en tan delicadas funciones a usted encomendadas.

El motivo de la presente es para solicitar de la manera más comedida, se autorice realizar la realización e intervención del proyecto de tesis con el tema

Por la favorable atención a esta solicitud anticipamos nuestros sinceros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente:

Dr. Patricio Ramos

TUTOR DEL PROYECTO

Lourdes López

AUTOR DE LA TESIS

Dra. Patricia Chico

**DIRECTORA DE LA ESCUELA
DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

ANEXO Nº2

ENTREVISTA SOCIOECONOMICA

DATOS GENERALES

Nombre de la madre o sustituto:

Nombre del jefe del hogar:

Ocupación del jefe del hogar:

Provincia de procedencia:

Fecha de la entrevista: Nivel:

A. ¿Hace cuantos años salió de su provincia de procedencia?

.....

B. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE (NIM)

Nivel de Instrucción de la Madre	Puntaje Asignado	Puntaje correspondiente
➤ Instrucción superior	1	<div></div>
➤ De 4 a 6 años secundaria	2	
➤ De 1 a 3 años secundaria	3	
➤ De 4 a 6 grado primaria	4	
➤ De 1 a 3 grado primaria	5	
➤ Ninguna instrucción	6	

C. NIVEL DE CLASE SOCIAL DE JEFE DEL HOGAR (NIS)

Actividad	Puntaje asignado	P. correspondiente
Empleado públicos, propietario de gran extensión de tierra, comerciantes profesionales independientes.	1	<div></div>
Artesano, panadero, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor graduación), técnico docente.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar, tropa jubilada.	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

ANEXO N°3

DATOS GENERALES

Nombre del niño:

Sexo: Fecha de nacimiento:

Fecha de la entrevista:..... Nivel:.....

ESTADO NUTRICIONAL	
ANTROPOMETRIA	
Peso:.....kg	
Talla:.....kg	
IMC//EDAD:.....kg/m ²	
T//EDAD:.....	
Diagnostico nutricional:.....	
BIOQUIMICA	
Hemoglobina.....g/dl	Diagnostico:.....
EXAMEN COPROPARASITARIO	
Color:.....	
Aspecto:.....	
Consistencia:.....	
Parásitos:.....	
SI:.....	NO:.....
1. ¿Ha presentado alguna enfermedad diarreica en los últimos tres meses?	
SI:.....	NO:.....
2. ¿Ha presentado alguna enfermedad respiratoria en los últimos tres meses?	
SI:.....	NO:.....

¿Piensa usted que la alimentación ha cambiado en relación a su lugar de procedencia?

Mejorado:.....

Igual:.....

Empeorado:.....

RECORDATORIO DE 24 HORAS

TIEMPOS DE COMIDA	PREPARACIÓN	ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	MEDIDA EN GRAMOS
D E S A Y U N O				
COLACION				
A L M U E R Z O				
COLACION				
M E R I E N D A				

PORCENTAJE DE ADECUACIÓN DE LA DIETA

	Proteínas (g)	Grasas (g)	HCO (g)	HIERRO (mg)
Consumo				
Recomendación				
% de adecuación				
Categoría				

TIPOS DE ALIMENTO	SI	NO	CANTIDAD EN MEDIDA CASERA	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS					
				Diariamente	3 – 6 veces a la semana	1 ó 2 veces por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	Nunca
LACTEOS									
CARNES									
GRASAS									
CEREALES									
VERDURAS									
FRUTAS									
BEBIDAS AZUCARADAS									
COMIDAS RAPIDAS									

FRECUENCIA DE CONSUMO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con el N° CI..... acepto que los Datos Recolectados en la investigación “Migración Interna y su Relación con el Estado Nutricional y Hábitos Alimenticios En Los Escolares De La Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Tránsito Amaguaña de la Ciudad De Quito. Octubre 2012”, son de uso confidencial y con fines investigativos exclusivamente, por lo que puede hacerse uso de los mismos.

Firma

